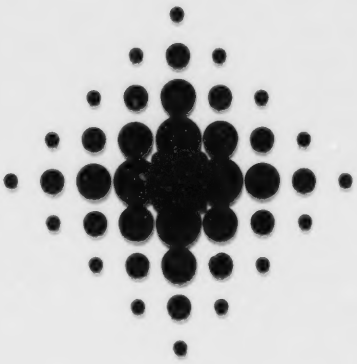
28

Recherche

Le budget: le jeu derrière la structure

Clermont Bégin,
Bernard Labelle,
Françoise Bouchard



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

28

Recherche

Le budget: le jeu derrière la structure

Clermont Bégin,
Bernard Labelle,
Françoise Bouchard

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08474-1

LE BUDGET: LE JEU DERRIERE LA STRUCTURE

Rapport sur l'analyse du processus budgétaire
dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec
remis à la Commission d'enquête sur la santé et
les services sociaux

Par

Clermont Bégin Ph.D
professeur titulaire

Bernard Labelle M.B.A.
professionnel de recherche

Françoise Bouchard M.D. M.P.H. (Adm. santé)
résidente en santé communautaire

Université Laval
Groupe de recherche en santé et services sociaux
G.R.S.S.S.
Faculté des sciences de l'administration

JUIN 1987

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I - INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

1.1 Introduction 1

1.2 La démarche suivie 3

1.2.1 Découpage conceptuel 3
1.2.2 Formation d'un groupe de consultation 6
1.2.3 Analyse de la documentation disponible 7
1.2.4 Entretiens avec les acteurs clés 8

1.3 Contenu du rapport 14

CHAPITRE 2 - PERSPECTIVE HISTORIQUE

2.1 Niveau central - Le Conseil du trésor 18

2.2 Le Ministère et son réseau 21

CHAPITRE 3 - DESCRIPTION DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

3.1 Introduction 33

3.2 L'allocation des budgets de fonctionnement 33

3.2.1 Les trois grandes phases du processus budgétaire 33
3.2.2 Les paramètres du processus budgétaire 35
3.2.3 Remarques préliminaires 37
3.2.4 Phase I - La planification centrale 42
3.2.5 Phase II - Budgétisation par le M.S.S.S. 49
3.2.6 Phase III - Suivi et contrôle budgétaire 51
3.2.7 Les processus internes des établissements 54

3.3 L'allocation des budgets de développement et des budgets d'immobilisation 58

3.3.1 Le processus d'allocation des budgets au titre du développement prioritaire 59
3.3.2 Le plan annuel d'immobilisations (P.A.I.) 60

3.4 Faits saillants 62

CHAPITRE 4 - LE DISCOURS DES ACTEURS

4.1 Le discours au sein du Conseil du trésor 64

4.2 Le discours au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) 69

4.3 Le discours au sein des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) 79

4.4 Le discours au sein des établissements 81

4.5 Faits saillants 92

CHAPITRE 5 - PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

5.1 Le mode d'allocation 96

5.2 La structure du budget 100

5.3 Les caractéristiques de la régulation interne 103

5.3.1 La pertinence et la disponibilité de l'information 104
5.3.2 L'absence d'évaluation des performances 108
5.3.3 Les délais et longueurs décisionnelles 109
5.3.4 La régulation au sein du réseau 109

5.4 Conséquences sur la nature et la finalité du processus budgétaire 113

CHAPITRE 6 - LE PROCESSUS BUDGÉTAIRE: UNE PERSPECTIVE STRATEGIQUE

6.1 Le Conseil du trésor comme acteur 121

6.2 Le MSSS comme acteur 123

6.2.1 Le MSSS comme demandeur de ressources 123
6.2.2 Le MSSS comme contrôleur des dépenses 126

6.2.2.1 La stratégie du contrôle par les règles 126
6.2.2.2 Le "marginal sécant" 129
6.2.2.3 La décentralisation administrative 132

6.3 Le CRSSS comme acteur 136

6.4 Les établissements comme acteurs 139

6.4.1 Les rapports entre les gestionnaires et les professionnels dans les centres hospitaliers 144

6.5 Faits saillants 148

CHAPITRE 7 - CONCLUSION

7.1 Les enseignements de la recherche.....154

BIBLIOGRAPHIE.....165

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET SCHÉMAS

Tableau 1.1 Nombre d'entretiens (niveau central et sectoriel).....9

Tableau 1.2 Nombre d'entretiens (niveau régional et institutionnel).....10

Tableau 2.1 Déficits et consolidation dans le réseau de la santé et des services sociaux.....26

Tableau 2.2 Consolidation des déficits hospitaliers.....28

Tableau 3.1 Les cycles budgétaires concomittants.....39

Tableau 3.2 Synthèse des étapes du processus budgétaire.....41

Graphique 2.1 Déficits dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux 1974-1986.....24

Schéma 3.1 Schéma général du processus budgétaire.....40

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I - Approches de rationalisation budgétaire initiées par le Conseil du trésor A-1

ANNEXE 2 - Structure des programmes du ministère des Affaires sociales, 1972 ..... A-3

ANNEXE 3 - Structure des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux 1983-84..... A-4

ANNEXE 4 - Mandats des CRSSS touchant au processus budgétaire A-5

ANNEXE 5 - Liste des formulaires utilisés pour les rapports des établissements au M.S.S.S..... A-8

ANNEXE 6 - Liste des centres d'activités et des unités de mesures par catégories d'établissements..... A-9

ANNEXE 7 - Répertoire des notes et circulaires émises par le MSSS A-26

ANNEXE 8 - Suggestions émises par les acteurs lors des entretiens A-33

LISTE DES ACRONYMES

A.N.	Assemblée nationale
C.A.H.	Centre d'accueil d'hébergement
C.A.R.	Centre d'accueil de réadaptation
C.C.D.G.	Comité consultatif à la direction générale
C.H.	Centre hospitalier
C.H.C.D.	Centre hospitalier de courte durée
C.H.L.D.	Centre hospitalier de longue durée
C.H.P.	Centre hospitalier psychiatrique
C.H.S.P.	Centre hospitalier de soins prolongés
C.L.S.C.	Centre local des services communautaires
C.M.D.P.	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
C.P.	Commission parlementaire
C.R.S.S.S.	Conseil régional de la santé et des services sociaux
C.S.	Centre de santé
C.S.S.	Centre de services sociaux
C.S.S.T.	Commission de la santé et de la sécurité au travail
Ct	Décision du Conseil du trésor
C.T.	Conseil du trésor
D.S.C.	Département de santé communautaire
D.S.P.	Directeur des services professionnels
E.N.A.P.	Ecole nationale d'administration publique
I.P.C.	Indice des prix à la consommation
M.F.	Ministère des Finances
M.S.S.S.	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P.I.B.	Produit intérieur brut

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette recherche aurait été impossible sans la collaboration active d'un nombre considérable de personnes qui à tous les niveaux de l'appareil gouvernemental et du système de la santé et des services sociaux ont accepté de bonne grâce de se prêter à nos demandes.

Les règles de l'anonymat et de la confidentialité nous interdisent bien sûr de mentionner les noms des quatre-vingt personnes qui furent interviewées. Notre gratitude leur est assurée et nous espérons que ce rapport et particulièrement le chapitre quatre reflètera leur pensée.

Nos remerciements vont aussi à certaines personnes qui n'ont pas ménagé leur temps pour nous faciliter l'accès aux documents nécessaires à la réalisation de cette recherche. M. François Turenne du Conseil du trésor, M. Marc Lecours du ministère de la Santé et des Services sociaux et Madame Hélène Morais de la Conférence des CRSSS.

Nous adressons un merci tout à fait spécial aux personnes suivantes qui ont accepté de lire le manuscrit et de fournir leurs commentaires. Ce sont:

- M. Marc Bélanger, professeur à la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval.
- M. Roger Bertrand, Vice-président de Loto-Québec, ex-Directeur des programmes sociaux et de santé au Conseil du trésor.
- M. Jacques Brunet, directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval.

- M. Jean-Claude Deschênes, Sous-ministre, ministère de l'Environnement et ex-Sous-ministre en titre au ministère de la Santé et des Services sociaux.

- M. Marc Lecours, Directeur des politiques et systèmes financiers, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, nous tenons à remercier les personnes qui ont accepté de faire partie du groupe de consultation qui fut à l'origine de ce projet.

CHAPITRE I
INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

1.1 Introduction

Afin de rendre compte du fonctionnement du système de la santé et des services sociaux, il est apparu essentiel d'analyser le processus par lequel une des principales sources d'énergies de ce système s'acquiert et se distribue entre les nombreux éléments qui le constituent. Le processus budgétaire et ses principales phases: planification, l'allocation des ressources, suivi et contrôle constituent l'objet de la présente recherche.

La complexité de cet objet est à l'image du système qui le rend légitime. Il puise son origine dans la mission, les programmes et les institutions qui ont pour mandat de répondre aux besoins socio-sanitaires de la population du Québec. Il est modelé selon la structure de ce système et se trouve dynamisé par les acteurs qui aux divers paliers de la hiérarchie organisationnelle, sont engagés à divers titres dans la poursuite de ses finalités.

Il est en fait au coeur du financement du système de la santé et des services sociaux si l'on considère qu'il distribue et contrôle actuellement au delà de 80% de l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux au Québec et 25% de la totalité des dépenses gouvernementales. Il est au centre des activités de fonctionnement si tant est que l'on considère que les décisions budgétaires courantes comme essentiellement déterminées par

le fonctionnement antérieur du système et qu'elles en déterminent à leur tour les activités à venir.

Le processus budgétaire c'est aussi un processus de décision comportant comme on le constatera un nombre considérable d'étapes. L'agencement logistique de ces étapes est nécessaire à son fonctionnement harmonieux. L'évaluation de cette logistique, la connaissance de ses éléments dysfonctionnels et l'identification de leurs causes potentielles sont par conséquent essentiels à la compréhension de la problématique de fonctionnement du système de la santé et des services sociaux et au jugement à porter sur son efficience.

Le processus budgétaire, c'est aussi un nombre considérable d'acteurs: 122 centres hospitaliers de soins de courte durée, 41 centres hospitaliers de soins de longue durée, 15 centres psychiatriques, 124 centres locaux de services communautaires, 17 centres de services sociaux, 422 centres d'accueil d'hébergement, 137 centres d'accueil de réadaptation, qui luttent pour l'obtention de ressources afin de financer les activités de plus de 110 000 professionnels de toutes catégories, de 12 500 cadres et de 135 000 employés salariés. A ces acteurs s'ajoutent 12 conseils régionaux comptant quelques 781[1] employés. C'est aussi un ministère de la Santé et des Services sociaux comptant un personnel de 1 122 personnes au 31 mars 1985. C'est enfin le Conseil du trésor et sa quinzaine d'analystes voués au contrôle des dépenses des services de santé et des services sociaux[2].

---

1 Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

2 Source: Conseil du trésor

Ces acteurs ont tous à l'égard des décisions d'allocation, de suivi et de contrôle budgétaire des enjeux à promouvoir ou à défendre. Ils jouissent d'une liberté d'action qui les habilite à adopter, pour gagner leurs enjeux budgétaires, des comportements variés dont la connaissance et la compréhension sont toutes aussi essentielles que celles des dysfonctions systémiques du processus dont il fut fait mention précédemment. Car les deux dimensions: dysfonctions systémiques et comportements stratégiques des acteurs sont liées et interdépendantes. Elles constituent les fondements même du processus sans lequel toute compréhension s'avère impossible.

C'est dans cette perspective que la présente recherche propose deux lectures du processus budgétaire dans le réseau de la santé et des services sociaux: une lecture systémique cherchant à l'analyser dans ses dimensions logistiques et cybernétiques; une lecture stratégique cherchant à en reconstituer le construit organisationnel à partir du vécu et du discours des acteurs principaux qui s'y trouvent directement concernés.

1.2 La démarche suivie

Pour réaliser cette recherche plusieurs étapes durent être franchies.

1.2.1 Découpage conceptuel

Dans un premier temps, en raison de sa complexité, il s'avéra nécessaire de découper conceptuellement l'objet de la recherche. Le découpage en quatre niveaux décrits ci-dessous fut retenu en ce qu'il colle bien au modèle conceptuel du système de santé et des services sociaux.

Le niveau central regroupe les fonctions budgétaires de l'Etat et de ses principaux intervenants: l'Assemblée nationale, le Conseil des ministres, le ministère des Finances et le Conseil du trésor. C'est à ce niveau que se prennent les décisions budgétaires du gouvernement et celles qui concernent la répartition des ressources pour les différents ministères sectoriels; principalement au niveau des quatre missions de l'Etat à savoir: les missions sociale, culturelle et éducationnelle, économique et enfin, gouvernementale et administrative.

Le niveau sectoriel est plus précisément le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Comme on le constatera à l'analyse, le M.S.S.S. est à l'interface des institutions budgétaires de l'Etat soient le niveau central et le réseau de production des services de santé et des services sociaux. Il est l'organisme demandeur de ressources à l'Etat pour les besoins du réseau. Il est aussi le responsable devant l'Etat du contrôle des dépenses de ce même réseau.

Le niveau régional comprend plus précisément les 12 conseils régionaux de la santé et des services sociaux dont le rôle veut apporter une spécificité régionale et par là une plus grande pertinence aux décisions touchant l'allocation des ressources et en particulier celles du développement.

Enfin, le niveau institutionnel regroupant les établissements des diverses catégories mentionnées précédemment et dont la mission première est de produire les services requis par la population, services pour lesquels les ressources sont allouées. Ces établissements ont aussi la responsabilité d'assurer une saine gestion des fonds publics qui leurs sont alloués et

sont tenus d'en rendre compte devant les instances supérieures du réseau de la santé et des services sociaux.

Afin de compléter le tableau, il est nécessaire d'apporter un cinquième niveau: celui des professionnels qui, à l'intérieur des établissements sont, en raison de leur position stratégique interne, un facteur déterminant dans les décisions entourant tant l'allocation que le suivi et le contrôle du budget.

En raison de la grande complexité de ce niveau et du fait que son analyse exhaustive aurait nécessité un temps et des ressources beaucoup plus considérables que ceux qui furent alloués aux chercheurs par la Commission, ce cinquième niveau n'est ici, malheureusement qu'effleuré, pour mettre en évidence les dimensions-clés qui ne peuvent être mises à l'écart de l'analyse du processus budgétaire mais dont l'étude approfondie devra faire l'objet d'une autre étude que la présente.

Ce découpage conceptuel a permis une construction schématique plus organisée du processus budgétaire vu comme un système, et en facilite de ce fait l'analyse systémique. De plus, au niveau de l'analyse stratégique, en considérant chaque niveau comme un sous-objet d'analyse, il a permis d'identifier les acteurs clés et de simplifier la démarche d'analyse des relations de pouvoirs entre ces acteurs, tant à l'intérieur qu'entre les niveaux. A ce propos, il importe de souligner qu'il n'a pas été possible à l'intérieur des limites de temps imparties à la présente recherche de faire une présentation exhaustive des comportements des acteurs individuels. L'étude se concentre donc sur les comportements institutionnels. De plus,

seuls les acteurs les plus directement concernés par le processus à chaque niveau ont été retenus, de sorte que l'on ne devra pas considérer le présent travail comme intégrant toutes les attitudes et tous les comportements de tous les acteurs.

1.2.2 Formation d'un groupe de consultation

Aux fins de discuter des orientations de la recherche, un groupe de consultation a été constitué au début de l'été 1986. Il était composé des personnes suivantes:

M. Pierre Bergeron	- conseiller spécial de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
M. Robert Dallaire	- directeur des ressources financières - C.H.U.L.
M. Louis Demers	- agent de recherche de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
M. Marcel Gilbert	- professeur - ENAP
M. Pierre Joubert	- agent de recherche, Département de santé communautaire (C.H.U.L.).
M. Xavier Leflaive	- étudiant M.B.A., auxiliaire de recherche (Université Laval).

Les objectifs poursuivis à travers la formation de ce groupe étaient de préciser la problématique de la recherche compte tenu des enjeux de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

De plus le groupe a agi comme support pour l'équipe de recherche dans l'identification des acteurs-clés à rencontrer de même que des sources d'information pertinentes à consulter.

Le groupe de consultation s'est réuni à quatre reprises et a étudié certains documents de travail préparés par les membres du groupe et destinés à faciliter la formulation des questions de recherche.

1.2.3 Analyse de la documentation disponible

Pour répondre à un premier niveau d'objectifs de la recherche, un premier volet a consisté à reconstituer le schéma descriptif du processus budgétaire.

La collecte de données à cette fin a consisté en un premier recensement de la documentation sur le sujet (lois, règlements, directives, publications explicatives), (voir bibliographie) de même qu'en quelques consultations de personnes-clés. Malgré l'existence de certaines versions de schéma illustrant le processus, il n'y en avait aucune de suffisamment intégrée pour l'ensemble du système i.e. situant le processus à travers les quatre niveaux identifiés précédemment. C'était donc le premier objectif de cette démarche que de produire un schéma intégré. On le retrouve explicité au chapitre 3 de la présente recherche.

1.2.4 Entretiens avec les acteurs-clés

Les entretiens avec les acteurs-clés contribuaient à l'atteinte de plusieurs objectifs dont ceux de:

1) Valider la description du processus.
2) Recueillir des données pour l'analyse systémique et la description du processus budgétaire.

3) Recueillir des données pour mettre en lumière la dynamique du système eu égard au processus.

4) Collecter des données pour procéder à l'analyse stratégique du processus budgétaire.

C'est donc dans cet esprit que les chercheurs ont entrepris ces entretiens. Ceux-ci furent conçus à l'origine à partir des six thèmes suivants:

1) Le degré actuel de centralisation et de décentralisation du processus.

2) Les critères d'allocation prévalant au sein de chaque niveau.

3) Les pratiques de gestion budgétaire (planification, suivi et contrôle).

4) Les facteurs critiques de succès et les indicateurs de performance.

5) Les problèmes qui se posent dans les décisions d'allocation et de gestion budgétaire.

6) Les effets des changements socio-politiques et économiques sur le processus budgétaire.

Le choix de ces thèmes était essentiellement dicté par le postulat de départ, qu'une lecture du processus budgétaire ne pouvait être dissociée de ce qui se situe en amont de lui et qui de ce fait, contribue à le modeler, soient les structures et le fonctionnement proprement dits du système socio-sanitaire québécois. Dans cette perspective chacun de ces thèmes constituait une piste d'exploration du processus budgétaire de départ. Ces thèmes ne devaient pas être limitatifs du champ d'investigation à étudier.

Il importe de noter qu'en raison de leur caractère ouvert et non directif, les entretiens ont largement débordé les thèmes présentés ci-haut. Dans le cas des deux premiers niveaux (central et sectoriel) tous les entretiens ont

eu lieu sur une base individuelle tel qu'en fait foi le tableau 1.1 qui indique également la provenance de l'interviewé.

Tableau 1.1 Nombre d'entretiens (Niveaux central et sectoriel)

Niveau central (Conseil du trésor et ministère des Finances)	9
Niveau sectoriel (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	12
Total:	21

Les principaux intervenants qui, tant au niveau politique qu'administratif, ont été directement concernés par le processus budgétaire, depuis les 5 dernières années et parfois même au delà, ont été contactés et la grande majorité a répondu positivement à notre demande d'entretien.

Pour ce qui est des deux autres niveaux (régional et institutionnel) et en particulier pour le niveau institutionnel, le grand nombre d'établissements, et, par conséquent, les réalités particulières ont obligé les chercheurs à procéder à un échantillonnage par groupes d'établissements et ce, pour chaque type d'établissement, tel qu'en rend compte le tableau 1.2.

Tableau 1.2 Nombres d'entretiens-Niveaux régional et institutionnel

CHCD - MONTRÉAL	5
CHCD - QUEBEC	4
CH-PSYCHIATRIQUE - QUÉBEC	2
CH-PSYCHIATRIQUE - MONTRÉAL	4
CLSC	5
CSS	6
CAH	6
CAR	6
DSP	4
CRSSS	7
TOTAL	49

NOTE: Dans tous les cas, il s'agissait de cadres supérieurs des établissements, généralement, le directeur général, parfois son adjoint ou le directeur des finances exceptionnellement. Dans le cas du groupe DSP, il s'agissait exclusivement de directeurs des services professionnels.

L'échantillonnage des établissements n'est pas aléatoire. Un échantillonnage de cette nature aurait nécessité, pour être représentatif de la population des établissements, une stratification par catégories qui eut entraîné une augmentation du nombre de personnes que ni le temps, ni le budget NE nous autorisaient en raison de la nature de la cueillette des données.

Au demeurant, il importait plutôt ici de réunir les intervenants qui, au niveau de chacun des établissements avaient une expérience suffisamment longue du processus budgétaire pour pouvoir en faire état en connaissance de cause.

C'est donc, au sens de Patton (1980), un échantillonnage finalisé (stratégie d'échantillonnage qui consiste à retenir les cas dont les propriétés sont

jugées les plus pertinentes en fonction des objectifs de l'étude; cas extrêmes, cas déviants, cas les mieux informés, cas typiques). Une attention dans le choix des établissements fut apportée pour assurer une représentation adéquate d'établissements de petite et de grande taille, d'établissements urbains, semi-urbains et ruraux.

De plus, à l'appui de cette approche d'échantillonnage, il faut souligner que l'analyse stratégique propose une manière différente d'aborder les situations de recherche. Le choix des personnes relève bien plus de leur potentiel explicatif et révélateur des réalités organisationnelles que de leur représentativité statistique eu égard à leur opinion sur ces mêmes réalités.

De cette façon, le chercheur procède à la marge en allant chercher des informations qui complètent ou valident celles déjà accumulées antérieurement. De ce point de vue, la démarche y est davantage anthropologique et a peu à voir avec les méthodes traditionnelles de recherche.

Pour éviter que les chercheurs ne soient "pris au jeu" des acteurs, ils avaient, dans la mesure du possible, recours au magnétophone comme aide-mémoire. (Sur un total de 21 entretiens individuels, 9 n'ont pu être enregistrés. Toutes les entrevues de groupes l'ont été sauf une). Les enregistrements étaient par la suite retranscrits dans leur forme brute "verbatim" et c'est à partir de cette version que les chercheurs ont travaillé. Toutefois dans le cas des entretiens de groupe, il était impossible, compte tenu de l'équipement et du fait que la retranscription aurait exigé l'identification de plusieurs interlocuteurs à la fois, de

retranscrire le verbatim. Ce sont donc les chercheurs eux-mêmes qui ont réécouté les enregistrements pour en extraire les idées maîtresses. Dans le cas des intervenants qui ont refusé l'enregistrement, des notes furent prises par les chercheurs et retranscrites par la suite.

Il importe de souligner ici qu'il ne s'agit pas de faire un procès d'intention aux acteurs, mais bien d'établir les circonstances dans lesquelles ils ont évolué et leurs perceptions des faits et gestes relatifs à leur vécu au sein du système.

De surcroît, il faut noter que le contexte particulier dans lequel s'est effectuée cette recherche, à savoir celui d'une commission d'enquête en train d'établir un bilan du fonctionnement du système a pu orienter l'expression des opinions dans le sens d'une mise en évidence des problèmes et des faiblesses du système davantage que de ses forces. C'est là une réserve qu'il importe de faire particulièrement à la lecture du chapitre 4.

L'étape suivante a consisté à codifier l'ensemble des rapports retranscrits en fonction des éléments suivants:

1) l'identification de l'interviewé;
2) l'acteur visé par l'idée émise;
3) l'origine de l'idée, donc à quel niveau se situe l'acteur qui l'émet;
4) la nature de l'idée émise: (5 volets)
    1) donnée historique
    2) donnée factuelle sur la description du processus

3) donnée identifiant un problème ou un dysfonctionnement dans le processus

4) donnée identifiant un problème structurel du système socio-sanitaire

5) solutions avancées par les interviewés.

Cette codification avait essentiellement pour but de rendre les données utilisables à l'intérieur d'une grille d'analyse. Ainsi, à l'aide des codes de classification, on pouvait opérer des regroupements d'idées soit autour de leur nature ou encore du niveau qu'elles visaient. Il faut également mentionner que cette codification permettait une réduction considérable de la quantité de texte à traiter et à manipuler pour les chercheurs.

Par la suite, une grille d'analyse reprenant les thèmes-clés discutés de façon récurrente au niveau des entretiens fut constituée. Cette grille permit la comparaison transversale des perceptions et des opinions des acteurs. Elle facilitait l'identification des points de convergence sur les problèmes rencontrés dans le processus budgétaire.

La rédaction du rapport s'est élaborée autour de ces points de convergence.

Enfin, pour confirmer la validité de l'analyse et des conclusions de ce rapport, le document fut présenté à cinq personnes qui, de par leur position actuelle ou antérieure, étaient en mesure de porter un jugement de validité sur la recherche. Leurs commentaires ont été pris en considération dans la version finale du document.

1.3 Contenu du rapport

Le chapitre 2 du présent rapport rappelle les événements marquants de la période 1970-87. Le chapitre devrait permettre au lecteur de situer la question budgétaire dans sa perspective temporelle.

Le chapitre 3 présente une description factuelle du processus budgétaire tel qu'il est formellement défini par les lois, les règlements, les normes et les directives émanant de l'appareil étatique. C'est la vision plutôt neutre du processus budgétaire.

Le chapitre 4 donne la parole aux acteurs. Intitulé "Le discours des acteurs", ce chapitre vise à rendre compte des perceptions et des comportements que les acteurs expriment à l'égard du processus budgétaire. Ce sont les citations mêmes des acteurs qui sont reproduites de façon organisée dans ce chapitre. On comprendra donc pourquoi n'apparaît pas en annexe de la présente recherche, une liste des 80 personnes consultées. Produire une telle liste aurait brisé le caractère confidentiel et anonyme de leurs propos. D'ailleurs là où la citation risquait d'identifier son auteur, elle était soit omise soit modifiée sans en changer le sens de façon à respecter l'anonymat.

Le chapitre 5 s'ouvre sur l'analyse proprement dite du processus budgétaire vu dans une perspective systémique. Le chapitre 6 approche le processus d'un point de vue davantage socio-politique, c'est la perspective stratégique.

Enfin, le chapitre 7 présente les principales conclusions qui se dégagent de cette recherche.

CHAPITRE 2

PERSPECTIVE HISTORIQUE

Le processus budgétaire actuel doit certaines de ses caractéristiques à l'effort entrepris par le gouvernement québécois, au début des années 70, en vue d'implanter le système PPBS (Planning Programming Budgeting System) comme outil de gestion gouvernemental.

Le recours à ce système s'avérait nécessaire en raison de la croissance accrue du rôle de l'Etat dans la collectivité québécoise, illustrée notamment par l'accroissement des dépenses de la province et le développement des fonctions telles que le recouvrement des frais de santé et d'éducation.

Le premier geste du gouvernement fut donc d'adopter en 1970, la Loi sur l'administration financière. En matière de gestion financière, cette loi prévoit une répartition des rôles et des fonctions du Conseil du trésor, du ministère des Finances, du Vérificateur général, et des différents ministères ou organismes gouvernementaux.

Auparavant, le mode conventionnel de budgétisation des activités de l'Etat consistait en une répartition centralisé des ressources allouées (catégories de dépenses) entre les différentes unités administratives (ministères, organismes, établissements).

Le système PPBS devait dorénavant contribuer à décongestionner l'administration centrale et à rationaliser l'allocation budgétaire en

regroupant ces unités administratives à l'intérieur de programmes. En effet, selon la philosophie du PPBS, le budget doit être subordonné aux objectifs que l'organisation décide de poursuivre, améliorant ainsi la prise de décision et réduisant l'écart entre la planification stratégique et la budgétisation.

Le processus budgétaire dont il sera question dans la présente recherche puise ses racines dans ce système et suit, au fil des ans, une certaine évolution dont le présent chapitre cherchera à rendre compte.

L'objectif est donc ici de déterminer comment ce processus s'est matérialisé au cours des années tant au niveau central, (le Conseil du trésor) qu'au niveau du Ministère et de son réseau d'établissements incluant les CRSSS, en prenant comme point de départ, l'effort d'introduction du PPBS dans la gestion gouvernementale. Ce rappel historique devrait permettre de caractériser le processus selon différentes périodes et de situer dans leur contexte le comportement des acteurs aux différents niveaux de l'intervention gouvernementale. Il importe de souligner que ce chapitre ne retrace qu'à grands traits les étapes marquantes de la période s'étalant de 1970 à 1987 en omettant les détails puisque le but premier est de fournir au lecteur une arrière-scène historique susceptible de l'aider dans sa lecture du processus budgétaire actuel. Tel que mentionné ci-haut, ce chapitre se découpe en deux parties soient le niveau central et le Ministère et son réseau. Pour chacune de ces parties les événements-clés de cette période sont relatés.

2.1 Niveau central: le Conseil du trésor

Dans le cadre de la réforme initiée par la Loi sur l'administration financière, le Conseil du trésor se voit confier la responsabilité d'être le principal artisan de l'implantation du PPBS en assistant et en guidant les ministères dans leurs démarches pour structurer leurs activités à l'intérieur de programmes.

Au cours des années 1970 à 1976, en raison d'un contexte économique étant encore favorable, le Conseil du trésor s'engagea dans le développement d'approches basées sur le PPBS; ces dernières devant permettre la rationalisation de l'allocation budgétaire. L'annexe I présente une liste des approches mises en place par le Conseil du trésor au cours de cette période.

Lors de son accession au pouvoir en novembre 1976, le Parti québécois mit en place le Comité des priorités dont la fonction principale était de répartir, aux fins de développement, la marge de manoeuvre financière du gouvernement. Toute demande budgétaire venant des ministères et impliquant du développement devait être transmise par le Conseil du trésor au Comité des priorités à qui incombait le pouvoir de décision.

En 1977, le Conseil du trésor poursuivit son effort de rationalisation des dépenses récurrentes en adoptant le «Règlement sur la promesse et l'octroi des subventions» (Loi sur l'administration financière). Cette nouvelle réglementation forçait les ministères à préciser les critères et les modes d'octroi de chacun de leurs programmes de subventions, qui, si acceptés,

étaient adoptés pour 3 ans, ou pour une période moindre fixée par le Conseil du trésor. Pour toute subvention de plus de 5 000 $ pour laquelle des critères ou modes d'octroi n'avaient pas été adoptés, les ministères devaient obtenir l'approbation ponctuelle du Conseil du trésor.

Selon un bilan fait par le Conseil du trésor en 1978, plusieurs des approches élaborées au début des années 70, ont été progressivement abandonnées, à l'exception de la revue des programmes et du mode de contrôle des subventions:

> *"Tous les systèmes modernes et sophistiqués de gestion budgétaire associés au PPBS et expérimentés au Québec depuis 1972 se sont avérés un échec et ont presque tous (à l'exception de la gestion par programme, du moins ce qu'il en reste, et du nouveau mode de contrôle des subventions) été progressivement abandonnés. La planification des dépenses sur une base pluriannuelle, les tentatives de remettre en question les programmes existants (mémoires de programmes), l'évaluation des outputs (mesures d'impact), l'évaluation de l'efficacité administrative (mesures de performance), la rationalisation de l'usage des ressources (prélèvements) n'ont pas produit les résultats escomptés."(...)*[1]

Malgré une diminution de la croissance économique du Québec, la période 77 à 81, vit le rythme de croissance des dépenses gouvernementales se maintenir au-dessus de celui du PIB.

Le Conseil du trésor affirma alors davantage son rôle de contrôleur des dépenses récurrentes des ministères. La décision d'initier de nouvelles

---

1 Conseil du trésor, Rapport concernant la gestion budgétaire du gouvernement, Document interne, Octobre 1978.

activités, de créer de nouveaux programmes, incomba au Comité des priorités.

A cause de la récession économique, les années 82 à 85 virent se raffermir encore davantage le rôle du Conseil du trésor sur le contrôle des dépenses gouvernementales.

En juin 1982, le Conseil du trésor lança le Plan triennal de contrôle de l'expansion des dépenses. Cette activité requérait des ministères l'identification, ainsi que le rangement des activités moins prioritaires pour une valeur équivalente à 15% de leur budget. Chacun devait proposer des mesures concrètes d'amélioration de la productivité et de réduction des dépenses pour une période triennale.

C'est aussi à compter de 1982, que les postes de président du Conseil du trésor et de ministre des Finances furent occupés par des titulaires différents.

Il importe de noter qu'au cours de cette période, les décisions du Comité des priorités ne portaient plus uniquement sur l'allocation de la marge de manoeuvre du gouvernement mais sur les moyens de réduire les dépenses et d'augmenter la productivité.

En 1982-83, une coupure sévère dans la masse salariale des employés du secteur public et para-public, ainsi qu'une diminution importante des budgets de développement, permirent de ralentir la croissance des dépenses.

Des élections et un changement du parti politique au pouvoir terminèrent l'année 1985. Le Comité des priorités devint inopérant et les décisions sur le développement se rapprochèrent du bureau du Premier ministre avec l'aide des comités interministériels permanents.

Enfin, en 1986, le Conseil du trésor annonça une approche de budgétisation des ministères par l'approbation d'une enveloppe globale fermée.

2.2 Le Ministère et son réseau

En 1971, dans le cadre des travaux en cours pour la mise en place du système PPBS au gouvernement du Québec, le ministère des Affaires sociales donna à un comité de travail le mandat de: "détailler un modèle de classification des programmes, rattaché aux objectifs du ministère des Affaires sociales, cohérent avec ses activités externes et internes ..."[2].

Les travaux du comité firent état des contraintes propres au Ministère et au réseau qui rendaient difficiles une structuration par programmes:[3]

1- Le budget global - Le rapport de Commission Castonguay avait recommandé l'abolition du budget détaillé, item par item, afin de favoriser l'autonomie de gestion des hôpitaux. L'idée d'une seule enveloppe budgétaire par institution était donc acquise et il fallait éviter que le budget d'un hôpital relève de plusieurs programmes.

2- Plusieurs des établissements du réseau étant encore étrangers l'un à l'autre, il fallait éviter les programmes qui relèveraient, par exemple, à la fois des CA, des CH, des CSS.

---

2 Élaboration d'une structure de budget par programmes au ministère des Affaires sociales, Avril 1972.

3 Ibid.

3- De plus, il fallait que les éléments d'un progamme soient assez souples de façon à ne pas remettre en question la définition budgétaire des centres d'activités en vigueur dans les hôpitaux.

L'annexe 2 présente la structure qui fut alors proposée.

On se dota donc d'une structure par programmes mais qui, dans le cas des centres hospitaliers, reposait davantage sur la notion de centre d'activités. En effet, le calcul de l'enveloppe budgétaire globale de l'institution constituait la somme des centres d'activités, et s'appuyait sur une base historique. De plus, le respect de cette enveloppe budgétaire par l'institution reposait sur la condition implicite du maintien des centres d'activités existant antérieurement.

Associé au budget global, le Ministère introduisit différentes composantes: une composante détaillée pour tenir compte des particularités (les DSC, les cadres, le transport ambulancier ...) et un budget de développement pour permettre le financement de nouvelles activités.

Le processus d'allocation budgétaire visait donc une indexation adéquate de la composante globale et le financement des particularités.

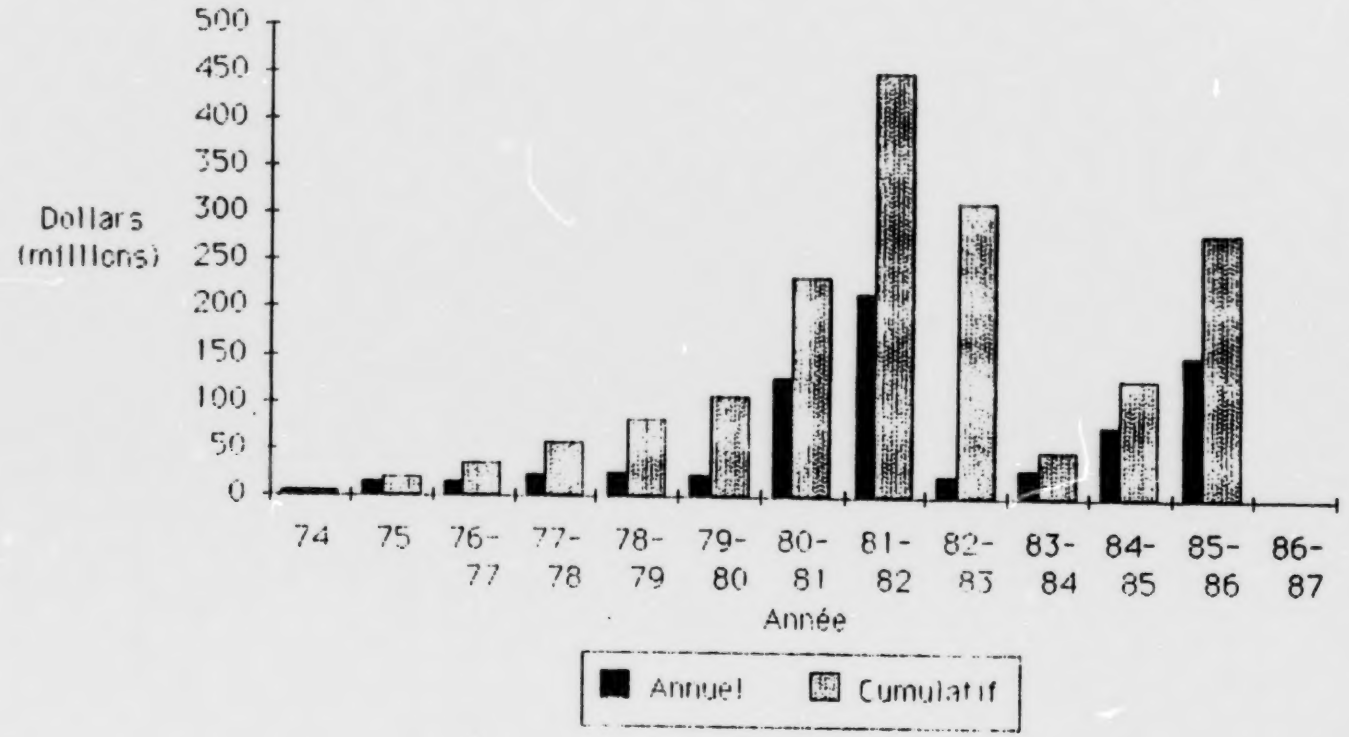
Jusqu'en 1974, le Ministère régissait les surplus et les déficits du réseau de la santé et du réseau social par les "règlements de fin d'année". Fait à noter, ce mode de règlement des déficits n'était pas entré dans la comptabilité générale du gouvernement, mais apparaissant dans celle des établissements. Il remboursait la partie "admissible" des déficits et

récupérait les surplus. Cette pratique encouragea les établissements à hausser leurs dépenses.

En 1974, le ministère des Affaires sociales sous la responsabilité de M. Claude Forget, décida d'abolir la pratique des "règlements de fin d'année". Il se déchargea de toute responsabilité envers les déficits des établissements: A la suite de cette décision, apparaîssent les premiers "déficits" (cf. graphique 1).

Afin de corriger les disparités historiques du budget global et de réallouer des ressources entre les établissements, le ministère des Affaires sociales introduisit en 1977 une méthode basée sur la mesure de performance: la MRBB (Méthode de révision des bases budgétaires). Cette méthode devait permettre de comparer des hôpitaux dits similaires en terme d'activités sur des ratios de productivité (ex: nombre de visites à la clinique externe par personne employée à la clinique externe etc.), le but étant de normaliser les bases budgétaires: hausser la base des hôpitaux en économie de ressources mais sous-budgétisés et diminuer la base de ceux considérés comme étant en excédent de ressources et surbudgétisés. Or, en raison de la conjoncture économique et des compressions budgétaires imposées par le Conseil du trésor qui en découlèrent, les résultats des analyses faites au Ministère à partir de la MRBB ont été utilisés pour distribuer les compressions. En d'autres circonstances, par exemple, en contexte de croissance, la MRBB aurait pu servir à distribuer des crédits de développement.

Déficit dans les établissements du réseau de la Santé et des Services Sociaux (1974 à 1985-86)



*Tiré du Tableau 2.1

Il importe de noter que la MRBB ne s'appliquait qu'aux centres hospitaliers et que les autres catégories d'établissements n'avaient aucun instrument rationnel de comparaison pour guider les décisions d'allocation de leur budget.

Compte tenu de la période où elle fut utilisée, la méthode de normalisation des bases budgétaires devint donc une méthode de normalisation des compressions. C'est durant cette période de 1977 à 1982, que les hôpitaux accumulèrent leurs plus importants déficits (Graphique 2.1, tableau 2.1). Les CLSC, les CAR, les CAH et les CSS commencèrent aussi à accumuler des déficits. En 1981-82, le déficit accumulé dans le réseau de la santé et des services sociaux se chiffrait à 450 millions de dollars (tableau 2.1).

Pourtant, durant cette même période (77 à 81), sous l'égide d'un nouveau gouvernement élu en 1976, le Ministère réussit à développer des services à peu près inexistants: l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Office des services de garde de l'enfance, le financement des organismes bénévoles, le réseau des CLSC et les départements de santé communautaire (DSC).

L'année 1981, vit l'arrivée d'un nouveau ministre des Affaires sociales, M. Pierre-Marc Johnson. Un des enjeux de l'époque était de réussir à faire des compressions dans le réseau. Le secteur de la budgétisation au Ministère prit alors plus d'importance.

Tableau 2.1 Les Déficits et Consolidations dans le réseau de la santé et services sociaux.

Année	Déficit* annuel	Déficit* cumulatif	Consolidation	Catégories**** d'établissements
1974	4 668 186	4 668 186		CHCD,CHLD,CHpsy
1975	15 791 184	20 459 370		CHCD,CHLD,CHpsy
1976-77	14 214 153	34 673 523		CHCD,CHLD,CHpsy
1977-78	23 311 938	57 985 461		CHCD,CHLD,CHpsy
1978-79	25 082 762	83 068 223		CHCD,CHLD,CHpsy
1979-80	23 061 583	106 129 806		CHCD,CHLD,CHpsy
1980-81	127 762 130	233 891 936		CHCD,CHLD,CHpsy
1981-82	178 332 768			CHCD,CHLD,CHpsy
	7 868 369**			CLSC,CS***
	8 772 630**			CAR
	8 155 578**			CSS
	14 084 608	450 306 863		CAH
1982-83	23 775 380		106 629 806	CHCD,CHLD,CHpsy
			54 474 966	
		313 477 471		
1983-84	29 486 552		289 702 091	CHCD,CHLD,CHpsy
			4 209 600	
		49 052 332		
1984-85	78 349 396	127 401 728		CHCD,CHLD,CHpsy
1985-86	152 404 924			CHCD,CHLD,CHpsy
		279 806 652		
1986-87			279 806 652	

* Déficits: Sommes reconnues admissibles par le MSSS après libération des surplus, pour lesquelles le MSSS demande au Conseil du trésor des sommes supplémentaires, en dollars courants.

** Ces sommes représentent le total des déficits pour les deux années financières 1980-81 et 1981-82.

*** Le terme "CS" désigne l'union entre un CLSC et un CHCD. C'est le cas dans certaines régions.

**** Cette colonne identifie les catégories d'établissements qui contribuent au déficit sans indiquer le nombre.

Source: Direction du budget, MSSS.

P.S. Ce tableau doit être lu en tenant compte des conjonctures économiques dominant ces périodes. Ainsi, il pourrait être possible qu'en période de récession l'IPC ait crû à un taux supérieur à celui des budgets alloués. Le constat de l'existence d'un déficit n'est pas nécessairement représentatif de la bonne ou mauvaise gestion des établissements.

C'est aussi à cette époque que le Ministère, avec l'accord du secrétariat du Conseil du trésor, révisa sa structure de programmes: le principe de la structuration par catégories d'établissements, fut choisi par les autorités du Ministère et appliqué de façon stricte en 83-84. L'annexe 3 présente cette nouvelle structure dite de programmes.

Tel qu'en fait foi un document interne sur la révision des structures par programmes, les objectifs recherchés étaient les suivants:[4]

- Simplicité et facilité de compréhension de la structure de programmes;
- transparence dans l'utilisation des crédits;
- amélioration du contrôle financier et opérationnel exercé par les gestionnaires du Ministère.

Mais une des décisions importantes de cette période (82 à 85) fut la consolidation des déficits accumulés dans le réseau depuis 1974-75 jusqu'en 1981-82 (Tableau 2.1 et 2.2). Cette consolidation fut effectuée par la reconnaissance de ces dépenses comme étant admissibles par le Ministère et le Conseil du trésor, et leur paiement s'effectua par des opérations de libération des surplus accumulés et à partir d'emprunts qui devaient être remboursés par le gouvernement au cours des années subséquentes.

---

4 Groupe de travail sur la révision de la structure par programmes, MAS, 19 août 1981.

Tableau 2.2 Consolidation des déficits hospitaliers

DATE	PERIODE COUVERTE	MONTANT	NO DE Ct
24.08.1982	1974-75 à 79.80	106 129 806	Ct 140657
15.03.1983	1980-81 à 81-82	54 474 966	Ct 143341
02.08.1983 / 24.01.1984	1980-81 à 81-82	289 702 091	Ct 145758 / Ct 148442
27.03.1984	1982-83	4 209 600	Ct 149811
25.03.1987	1982-83 à 85-86	279 806 652	Décret 464-87

Source: Direction du Budget, MSSS.

Une des préoccupations du Ministère était alors l'atteinte de l'équilibre budgétaire dans le réseau. En 1982, il entreprit de concevoir une politique qui définirait cet équilibre budgétaire dans un intervalle de plus ou moins de 1% du budget des dépenses. Cette politique peut se résumer comme suit: le surplus ou le déficit se situant dans cet intervalle est laissé à l'établissement. En dehors de cet intervalle, le surplus est libéré dans la mesure de l'amélioration de la productivité et le déficit est comblé dans la mesure où il y a hausse du volume ou sous-budgétisation.

La circulaire 1984-002 du 24 janvier 1984 énonçait cette politique. Cependant elle ne fut jamais envoyée dans le réseau. Il fallut attendre la circulaire 1985-008 du 30 avril 1985 qui transmit cette politique. Du même coup, le Ministère décida de suspendre la politique de remboursement des surplus, en dehors de l'intervalle de 1%, décrite ci-haut. Cette suspension fut annoncée dans une lettre aux établissements. Une troisième

circulaire, 1985-061, vint préciser en juillet 85 que même la partie des surplus à l'intérieur de l'intervalle de 1% ne serait libérée au profit des établissements qu'après analyse par le Ministère.

De 1983 à 1985, trois ministres se succédèrent au ministère des Affaires sociales.

Pendant ce temps, les déficits dans le réseau recommencèrent à croître dans les centres hospitaliers malgré la consolidation de 81-82.

En 1982-83, dans le but d'atteindre l'équilibre budgétaire, le Ministère isola une somme d'environ 40 millions de dollars équivalent à un peu plus de 1% de l'ensemble des crédits pour les établissements de santé. Cet argent fut redistribué entre les établissements avec la collaboration des CRSSS. Le rapport du Vérificateur général du Québec sur la gestion financière du réseau, de l'année financière se terminant le 31 mars 84, constate "... que la répartition par le Ministère des réallocations budgétaires, de même d'ailleurs que des contraintes budgétaires en provenance du gouvernement, a favorisé les centres hospitaliers déficitaires qu'il considérait non performants." Le réseau continue d'être déficitaire (Graphique 1).

Une deuxième consolidation des déficits fut faite en 83-84 (Tableau 2.1, Tableau 2.2).

On épongea les déficits sans s'appuyer sur une méthode systématique de rationalisation de l'allocation budgétaire, puisque la MRBB fut

progressivement abandonnée. A cette époque, c'est le cas par cas qui prévalait, les rapports entre le Conseil du trésor et le Ministère sont marqués par un profond désaccord sur les façons d'apprécier les coûts réels des conventions collectives dans le réseau et en particulier le coût des clauses normatives.

Au mois de juin 1985, le Ministère reçoit l'autorisation du Conseil du trésor "de transmettre une approbation budgétaire provisoire pour les établissements affichant un déficit en 1984-85, jusqu'à ce qu'une étude détaillée de leur situation financière soit complétée." Cette étude se fit dans 67 établissements hospitaliers et fut appelée "l'Opération BLITZ".

L'objectif de cette étude était d'analyser les causes des déficits des établissements afin d'octroyer un budget final, pour l'année 85-86, "mieux articulé et plus conforme à la nouvelle réalité", de redresser donc dans certains cas la base budgétaire.

Pour cette étude, le Ministère fit une analyse de chaque établissement, en faisant, d'une part, usage d'une fiche synthèse et d'une grille d'analyse réalisées par les agents de liaison et, d'autre part, en rencontrant les principaux représentants de chacun des centres hospitaliers visés. Aucune méthode de performance comparative telle la MRBB, ne fut utilisée. En fait, la MRBB était déjà complètement abandonnée.

L'opération BLITZ, conclue sous le gouvernement libéral, conduisit à la consolidation des déficits de ces 67 établissements hospitaliers au 30 mars 1986.

Aucune méthode de révision budgétaire permettant une distribution des ressources entre les établissements en fonction de leur productivité n'est utilisée actuellement. L'accent est présentement mis sur la reconnaissance d'un coût de système (i.e. coûts intrinsèques à la «maturation du système») comme facteur d'accroissement des budgets des établissements de santé et de services sociaux. La notion même de coût de système fait actuellement l'objet de différentes interprétations. Par ailleurs, le Ministère annonçait à l'hiver 86-87, que les surplus réalisés par les établissements seraient dorénavant automatiquement libérés.

Au niveau des conseils régionnaux de la santé et des services sociaux un relevé historique des mandats qui leur furent confiés dans le processus budgétaire, permet de dégager les observations suivantes (Annexe 4):

- Les CRSSS ne participent pas au processus d'allocation inter-régionale;
- leur rôle en 1976 se limitait à des mandats d'étude et de recommandations sur les projets de développement et d'immobilisation qui ont des frais récurrents;
- le transfert dans les années subséquentes du pouvoir de financement vers les CRSSS se traduisit le plus souvent par un transfert de la responsabilité de répartir des sommes allouées à la région, entre les établissements. Ceci ne signifie pas nécessairement le transfert du pouvoir de décider quant aux critères d'allocation. Il en est ainsi des responsabilités des CRSSS dans les secteurs qui leur ont été délégués en 1979. Ceci ne nie pas qu'il puisse exister entre Ministère et le CRSSS des négociations quant à ces critères d'allocation: ce fut le cas pour les services de maintien à domicile;
- les responsabilités confiées aux CRSSS touchèrent peu les centres hospitaliers de courte durée, spécialement ceux affiliés à une université;
- l'implication graduelle des CRSSS vis-à-vis des centres hospitaliers touche les achats en commun, l'assistance dans l'élaboration des plans d'équilibre financiers, la formulation des recommandations au Ministère sur les projets de développement et sur les plans d'effectifs médicaux.

Ce court relevé historique permet de dégager trois constatations utiles aux propos de la présente recherche. Premièrement, le processus budgétaire est demeuré très centralisé au cours des années. En second lieu, la conjoncture économique et politique qui affecte la gestion gouvernementale est déterminante pour l'évolution de ce processus au fil des ans. En troisième lieu, en dépit des nombreux efforts tentés au cours de ces années, on ne parvient pas à trouver et à appliquer une méthode et des critères stables et équitables d'allocation budgétaire qui respectent les impératifs économiques et budgétaires du gouvernement et les spécificités institutionnelles.

CHAPITRE 3

DESCRIPTION DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

3.1 Introduction

Pour bien comprendre le processus budgétaire, de même que les critiques inhérentes à son fonctionnement, il faut être en mesure de visualiser son cheminement critique à travers les différents niveaux du système. L'objectif de ce chapitre est donc de formuler une représentation de ce processus en se basant essentiellement sur ses caractéristiques visibles. C'est une vision neutre des étapes-clés du processus qui permet de le comprendre dans l'espace et dans le temps, qui est présentée ici.

3.2 L'allocation des budgets de fonctionnement

3.2.1 Les trois grandes phases du processus budgétaire

Le processus budgétaire peut se découper en trois grandes phases: la planification centrale, la budgétisation sectorielle du réseau (activité du MSSS consistant à signifier un budget à un établissement) et le suivi et contrôle budgétaire.

La planification centrale implique les intervenants qui se situent au niveau du gouvernement et de l'appareil étatique: Assemblée nationale, Commissions parlementaires, ministère des Finances, Conseil des ministres, Conseil du trésor et ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette

première phase permet au gouvernement de procéder à l'allocation des ressources qu'il veut accorder aux ministères et organismes qu'il finance. Le contenu détaillé de cette allocation se retrouve dans le Livre des crédits qui, synthétiquement, regroupe les dépenses du gouvernement. Les voies et moyens, (i,e., les emprunts et les revenus) résultent de la politique fiscale et budgétaire et du niveau arrêté de déficit. Ils sont communiqués lors du discours sur le budget du gouvernement. A ce niveau, la perspective est donc très large et engage d'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux. En fait, l'Etat a quatre grandes missions: sociale, économique, éducative et culturelle, gouvernementale et administrative.

Une autre fonction de la planification centrale est de définir les règles et les normes qui vont régir le processus ministériel et administratif de l'allocation proprement dite. Les modalités de la budgétisation et du suivi et contrôle sont alors fixées.

Le ministère des Finances se base sur des prévisions économiques triennales qui permettent de projeter le niveau des dépenses récurrentes (sans changement dans l'organisation des programmes). Ce sont ces prévisions qui servent à la préparation du budget annuel.

La budgétisation par le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) est la deuxième phase du processus budgétaire. Comme les crédits accordés au M.S.S.S. entrent pour l'essentiel dans la catégorie "dépenses de transfert", la budgétisation consiste à établir le montant des subventions que le Ministère verse au niveau régional et au niveau des

établissements. Ces subventions sont accordées sous forme de budget global dont il a été question au chapitre 2. Les montants contenus dans ces subventions touchent les budgets de fonctionnement des conseils régionaux et des établissements. Les montants qui concernent le développement (nouveaux programmes, immobilisations, équipements) sont répartis selon un processus distinct à partir de procédures décrites à la section 3.3.

La troisième phase est celle du suivi et du contrôle budgétaire; elle vient clore le processus budgétaire. Si les phases I et II montrent le caractère descendant du processus (de l'Etat vers les établissements), la phase III indique le volet ascendant du processus (des établissements vers l'Etat). C'est donc le mécanisme de rétroaction qui devrait permettre au gouvernement de vérifier si les budgets accordés ont été respectés, mais aussi si les crédits qu'il a fait approuver à l'Assemblée nationale vont bien aux fins pour lesquelles ils ont été votés. Au surplus, cette phase vérifie que les normes, règles et directives ont été respectées dans l'utilisation des ressources.

3.2.2 Les paramètres du processus budgétaire

Il existe un certain nombre de paramètres-clés qui permettent d'encadrer la description du processus budgétaire. Ils peuvent servir de références pour chacune des étapes du processus. Ces paramètres sont:

1) Les lois et règlements régissant le fonctionnement du système notamment au regard du processus budgétaire:

   i) La Loi sur l'administration financière (L.R.Q., C.A-6);

ii) La Loi sur l'assurance hospitalisation (L.R.Q., C.A-28)

iii) La Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., C.S-5);

iv) La Directive 1-81, concernant certaines modalités d'application du "Règlement concernant la promesse et l'octroi des subventions" (L.R.Q., C.A-6, a.49);

v) La Directive 3-81, concernant les règles relatives à la présentation des prévisions budgétaires annuelles;

vi) Le Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux (L.R.Q., C.S-5, r.2.01).

2) Les normes et pratiques de gestion du ministère de la Santé et des services sociaux (M.S.S.S.):

i) Le Manuel de gestion financière du M.S.S.S. (Tome I, volume 1);

ii) Le Répertoire des circulaires et notes émises par le M.S.S.S. (Tome II, volumes 1, 2 et 3);

3) L'échéancier du processus, i.e. la période au cours de laquelle se situent les différentes étapes pour une année budgétaire donnée.

4) Le partage des responsabilités, c'est-à-dire, les rôles officiels des intervenants à chacun des niveaux du processus. Ces intervenants sont:

- l'Assemblée nationale du Québec,
- les commissions parlementaires de l'Assemblée nationale,
- le Conseil des ministres,
- le ministère des Finances, son titulaire,
- le Conseil du trésor, comité du Conseil des ministres regroupant cinq membres de ce dernier dont le président du Conseil du trésor. Celui-ci agit comme ministre délégué à l'administration, ce qui l'autorise à siéger au Conseil des ministres,
- le secrétariat du Conseil du trésor qui regroupe les analystes au service du Conseil du trésor,

- le ministère de la Santé et des Services sociaux, son titulaire,
- les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), 12 régions,
- les établissements de santé et de services sociaux (CH, CLSC, CA, CSS).

3.2.3 Remarques préliminaires

La description qui suit décrit le déroulement "étape par étape" du processus budgétaire. Le schéma 3.1 qui suit présente une synthèse de ces étapes. Le lecteur pourra s'y référer au besoin. Ce schéma concerne uniquement les budgets de fonctionnement.

Pour mieux situer le déroulement dans le temps il faut savoir que l'année budgétaire de référence débute le 1er avril d'une année et se termine le 31 mars de l'année suivante.

De plus il importe de souligner que les intervenants doivent travailler simultanément sur 3 années: l'année de référence t est l'année d'exécution et vise l'exercice courant, l'année t + 1 est l'année de planification et vise l'exercice ultérieur à t, l'année t - 1 est l'année de règlement et vise l'exercice antérieur à l'année t. Cette situation est illustrée au tableau 3.1.

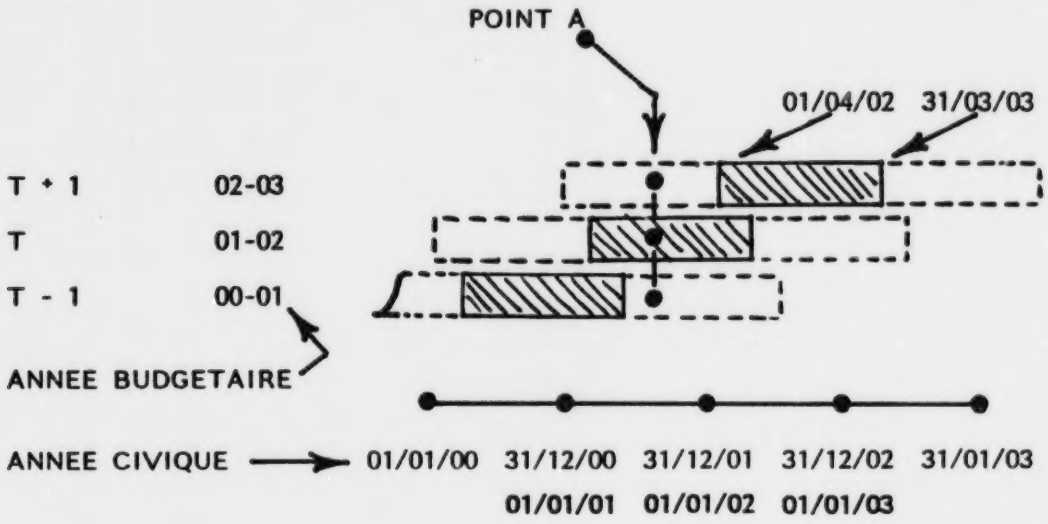
Par ailleurs, il faut aussi indiquer que les trois phases du processus (planification centrale, budgétisation, suivi et contrôle) ne sont pas parfaitement séquentielles dans le temps. Ainsi, la fin de la phase I, planification centrale, ne concorde pas exactement avec le début de la

phase II, budgétisation. C'est ce qui explique le recours au concept de relais tels qu'ils apparaissent, dans le schéma général.

Par exemple, le relais 1 indique simplement que si l'étape 16 suit l'étape 15 dans le processus budgétaire, il faut considérer qu'elles ne sont pas séquentielles dans le temps puisque l'étape 16 commence bien avant la fin de l'étape 15. Il en est ainsi parce que, pour être en mesure d'assurer effectivement le relais, le M.S.S.S. doit déjà avoir effectué un certain nombre de sous-étapes non-incluses dans le schéma général (ex. calcul des taux d'accroissement, simulation etc., relais 1).

Dans ce schéma général se retrouve donc l'illustration de l'ensemble du processus budgétaire pour une année. Le lecteur pourra obtenir le contenu détaillé de chacune des étapes illustrées dans ce schéma en continuant avec la lecture des sections 3.2.4, 3.2.5 et 3.2.6. Le tableau 3.2 présente une synthèse des étapes du schéma 3.1.

Tableau 3.1: Les cycles budgétaires concomittants



NOTES

1. Le rectangle plein symbolise l'année budgétaire pour laquelle le processus budgétaire est effectué.

2. Les trois rectangles accollés symbolisent la durée du cycle budgétaire pour l'année budgétaire intégrant par conséquent les 3 phases: planification, budgétisation, suivi et contrôle.

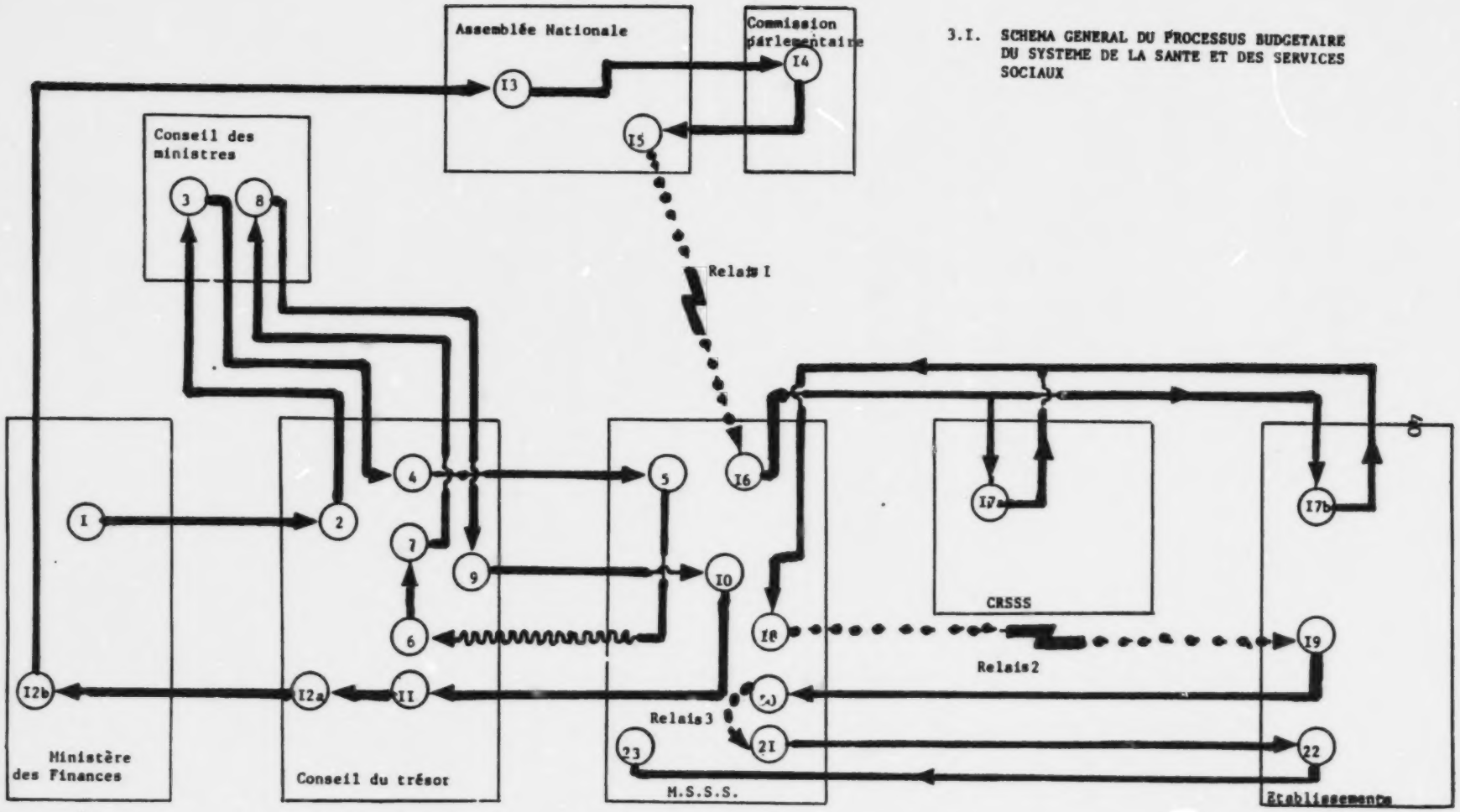
3. POINT A — Ce point montre qu'à tout moment chaque intervenant travaille sur 3 cycles en même temps pour les années:

   T - 1 : règlement de l'année antérieure (00-01)

   T : gestion et suivi de l'année en cours (01-02)

   T + 1 : planification de l'année ultérieure (02-03)

3.I. SCHEMA GENERAL DU PROCESSUS BUDGETAIRE DU SYSTEME DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX



Date: Le I9-06-87

Tableau 3.2: Synthèse des étapes du processus budgétaire

NO	ETAPE	LIEU	DATE
1	Politique fiscale et niveau du déficit	MF	Mars-Avril-01
2	Politique budgétaire - Cadre financier préliminaire	CT	Mai-01
3	Adoption du mémoire	CM	Mai-01
4	Détermination des enveloppes de base	CT	Juin-01
5	Revue des programmes	MSSS	Juin-Juillet-01
6	Discussions sur le budget de base	CT-MSSS	Juillet-Aout-01
7	Détermination des budgets de base	CT	Octobre-Novembre-01
8	Adoption du mémoire	CM	Décembre-01
9	Détermination de l'enveloppe finale	CT	Janvier-Février-02
10	Calcul des crédits détaillés et préparation de la programmation budgétaire	MSSS	
11	Approbation de la programmation budgétaire	CT	
12	Composition du Livre des crédits-dépôt à l'Assemblée nationale	CT MF	Février-Mars-02
13	Discours sur le budget - dépôt à l'Assemblée nationale	MF AN	Mars-Avril-02
14	Etude des crédits en commissions parlementaires	AN	Avril-Mai-02
15	Adoption du budget	AN	Avril-Mai-02
--	RELAIS I		
16	Approbation des budgets des établissements	MSSS	Avril-Mai-02
17	Préparation du budget détaillé	ETAB	Mai-Juin-02
18	Analyse et approbation des budgets détaillés et des plans d'équilibre	MSSS	Juin-Juillet-02
--	RELAIS II		
19	Rapports périodiques et trimestriels	ETAB	28 jours-3 mois
20	Analyse et contrôle de la situation - interventions ad hoc	MSSS	en cours d'année
--	RELAIS II		
21	Budget supplémentaire (s'il y a lieu)		Septembre-décembre-02
22	Transmission du budget final aux établissements	MSSS	Mars-03
23	Fermeture des livres du MSSS		Juin-Juillet-03

3.2.4 Phase I: La planification centrale

Etape 1: Politique fiscale et niveau du déficit (mars-avril 01)

Essentiellement, ce sont les choix du ministre des Finances en matière budgétaire, fiscale et de déficit qui permettent de déterminer le montant de l'enveloppe globale disponible pour les dépenses du gouvernement. Pour en arriver là, le ministre des Finances établit une fonction d'équilibre: il anticipe ses revenus, en collaboration avec le ministre du Revenu, il juge d'un niveau de déficit acceptable (politiquement et économiquement) et fixe ainsi les balises du budget des dépenses du gouvernement. Les fonctions du ministère des Finances sont définies dans la Loi sur l'administration financière (L.R.Q., C.A-6, a.2).

Les outils dont dispose le ministère des Finances sont des modèles de prévisions économiques conçus à partir de certains indices-clés: l'indice des prix à la consommation (I.P.C.), le taux de chômage, le taux d'inflation, les taux d'intérêt, le taux de croissance du produit intérieur brut (P.I.B.), etc... Ces prévisions sont réajustées trois fois l'an: une première fois au début de l'automne, une deuxième fois en début d'année civile et une troisième fois fin février, début mars. Cette dernière révision sert de base pour le discours sur le budget.

Etape 2: Politique budgétaire-Cadre financier préliminaire (mai 01)

Lorsque le ministère des Finances a procédé à l'étape 1, le Conseil du trésor est en mesure d'entreprendre l'élaboration d'une politique budgétaire pour le gouvernement en vue d'en arriver à la préparation et à la

présentation de prévisions budgétaires tel que le mandat lui en est donné par la Loi (L.R.Q., C.A-6, a.23). L'objectif de cette étape est de produire le cadre financier préliminaire qui va régir l'allocation budgétaire.

A cette fin, le président du Conseil du trésor soumet au Conseil des ministres un mémoire contenant les grandes orientations budgétaires du gouvernement et une analyse de la situation économique et de ses implications sur la situation budgétaire. Il propose des paramètres pour régir l'allocation budgétaire et pour dégager une marge de manoeuvre de même que la liste des programmes qui devront faire l'objet d'une évaluation par le secrétariat du Conseil du trésor. C'est également à ce moment qu'est identifié le niveau de compressions budgétaires qui devra être appliqué aux programmes pour respecter le niveau de dépenses fixé.

Etape 3: Adoption du mémoire par le Conseil des ministres (mai 01)

Le Conseil des ministres délibère et adopte le mémoire avec ou sans modifications.

Etape 4: Détermination des enveloppes de base (juin 01)

Le Conseil du trésor est alors en mesure de procéder au calcul des enveloppes de base des ministères. L'objectif de ce calcul est de préparer le lancement de la revue des programmes.

Le calcul de l'enveloppe de base est fait de la manière suivante: le montant des crédits accordés lors de l'exercice précédent auxquels sont soustraits les crédits non-récurrents. Le résultat est ensuite affecté d'un

taux d'indexation pour l'année. Il en résulte une révision à la hausse ou à la baisse de la base budgétaire.

Le lancement de la revue des programmes a lieu lorsque le Conseil du trésor indique au M.S.S.S. le montant de son enveloppe de base.

Etape 5: La revue des programmes (juin-juillet 01)

Lorsque le Conseil du trésor demande au M.S.S.S. (il le fait pour tous les autres ministères également) de procéder à la revue annuelle de ses programmes, il vise actuellement trois activités concomittantes:

1) La détermination du budget de base qui se fonde sur l'enveloppe de base à laquelle seront apportés par la suite des ajustements mécaniques et des réaménagements budgétaires. Ces ajustements résultent de dépenses qui n'ont pas été prévues au moment du calcul de l'enveloppe de base par le Conseil du trésor. Ce sont des événements non considérés dans ce calcul. Ils résultent de décisions, de décrets ou de règlements du gouvernement, de lois de l'Assemblée nationale, ou encore de décisions du Conseil du trésor faisant varier l'enveloppe des effectifs ou le niveau d'activité du Ministère.

2) Un plan de rangement des activités prioritaires (priorités de développement) pouvant faire l'objet de demandes additionnelles.

3) Un plan de rangement des activités moins prioritaires identifiant 15% des activités du Ministère pouvant faire l'objet de compressions.

La situation spécifique du M.S.S.S. l'a cependant conduit, ces dernières années, à adopter une approche différente face à la revue des programmes. Il semble en effet que ce dernier travaille beaucoup plus dans une perspective d'identification de priorités de développement que d'identification d'activités moins prioritaires pouvant faire l'objet de compressions. Ceci l'amène à présenter un mémoire socio-sanitaire en lieu

et place du plan de rangement des activités moins prioritaires exigé normalement par le Conseil du trésor.

Etape 6: Discussions entre le secrétariat du Conseil du trésor et le MSSS - Simulations internes (juillet-août 01)

A ce stade-ci le processus perd momentanément de sa linéarité. Il y a un jeu de propositions - contre-propositions - réactions, entre le M.S.S.S. et le secrétariat du Conseil du trésor pour arriver au budget de base qui sera soumis pour approbation au Conseil des ministres.

Les discussions portent principalement sur les demandes d'ajustements et sur les taux d'indexation. L'objectif du M.S.S.S. est évidemment d'aller chercher les ressources qui lui semblent requises pour reconduire le même niveau d'activité, eu égard aux changements intervenus depuis la dernière prévision.

Le M.S.S.S. doit constamment vérifier sa capacité à rencontrer les exigences du réseau à partir des ressources qu'il peut obtenir du secrétariat. Il procède à des simulations internes qui lui permettent de voir les répercussions totales et fragmentaires sur son budget des ajustements et des taux d'indexation accordés par le secrétariat.

Etape 7: Détermination des budgets de base (octobre-novembre 01)

A l'issue des discussions entre son secrétariat et le M.S.S.S., le Conseil du trésor travaille à la préparation d'un second mémoire au Conseil des ministres. Ce mémoire contient l'analyse des budgets de base de même

qu'un certain nombre d'arbitrages que le Conseil du trésor propose pour rencontrer l'enveloppe globale de départ identifiée par le ministère des Finances. De plus, le président du Conseil du trésor formule des recommandations sur les enveloppes additionnelles, sur la révision du niveau de la marge de manoeuvre et de son utilisation de même que sur la répartition du montant total des compressions entre les ministères.

Etape 8: Adoption du mémoire par le Conseil des ministres (décembre 01)

Le Conseil des ministres discute et approuve avec ou sans modifications le mémoire déposé par le président du Conseil du trésor.

Etape 9: Détermination de l'enveloppe finale (janvier-février 02)

A la suite de l'approbation des budgets de base, des compressions et des ajustements autorisés par le Conseil des ministres, le Conseil du trésor procède aux derniers calculs requis permettant de déterminer les enveloppes finales des ministères.

Etape 10: Calcul et approbation des crédits détaillés et préparation de la programmation budgétaire

Sur demande du secrétariat du Conseil du trésor, le M.S.S.S. procède à la ventilation des montants obtenus par grandes catégories de dépenses (par programmes et éléments de programmes) et à la préparation de la programmation budgétaire à approuver par le Conseil du trésor. Le Ct de programmation budgétaire fixe les règles que le M.S.S.S. doit suivre dans l'allocation de ses subventions.

Etape 11: Approbation de la programmation budgétaire par le Conseil du trésor

Le Conseil du trésor approuve la programmation budgétaire du M.S.S.S.

Etape 12: Composition du Livre des crédits - dépôt à l'Assemblée nationale (février-mars 02)

L'exercice de ventilation effectué par les ministères (dont le M.S.S.S.) permet au secrétariat du Conseil du trésor d'agréger les crédits ventilés et de procéder à la composition du Livre des crédits. Le Livre des crédits est déposé à l'Assemblée nationale par le ministre délégué à l'Administration et président du Conseil du trésor. Le Livre des crédits est traditionnellement déposé en même temps que le discours sur le budget. La dichotomie existante entre les titulaires de ces deux portefeuilles (Trésor et Finances) ces dernières années amène toutefois des pratiques différentes. Les dépôts du Livre des crédits et du budget se font maintenant séparément.

Etape 13: Discours sur le budget - Dépôt du budget (mars-avril 02)

C'est au ministre des Finances que revient le rôle de présenter les voies et moyens que le gouvernement propose pour générer les revenus afin de pourvoir aux dépenses et également de déterminer le niveau acceptable de déficit à financer par des emprunts. Le discours du ministre des Finances présente en détail les mesures que le gouvernement propose d'entreprendre à ces fins.

Alors que le budget fait l'objet d'un débat en plénière, les crédits devant faire l'objet de la Loi des subsides sont étudiés en commissions parlementaires. L'adoption de cette loi se fera finalement sur présentation des rapports des commissions parlementaires.

Comme cette étude en commissions peut nécessiter jusqu'à 45 jours de débats au début de l'année budgétaire et dans le but d'éviter un "vide", le ministre des Finances fait voter la Loi des subsides no. 1 pour permettre l'engagement de 25% des crédits proposés dans le budget.

Etape 14: Etude des crédits en commissions parlementaires (avril-mai 02)

Chaque commission parlementaire sectorielle (il y en a neuf, dont la commission parlementaire des Affaires sociales qui étudie les crédits du M.S.S.S.) procède à l'étude des crédits propres à son secteur. C'est l'occasion pour les membres de l'Assemblée nationale et surtout pour ceux de l'opposition de poser des questions sur les crédits. En vue de cet exercice, le Ministère prépare deux documents: "Réponses aux questions initiales" et "Cahier explicatif des crédits". Après l'étude, il complète avec le document "Réponse aux questions complémentaires".

Etape 15: Adoption du budget par l'Assemblée Nationale (avril-mai 02)

Lorsque les commissions parlementaires ont terminé leur travail, elles formulent un rapport dont l'agrégat est déposé par le ministre des Finances à l'Assemblée nationale qui le vote. Elle engage par la suite le 75% des crédits restant par la sanction de la Loi des subsides no. 2.

3.2.5 Phase II: Budgétisation par le M.S.S.S.

----- RELAIS I -----

Tel qu'indiqué lors des remarques préliminaires, le début de l'étape 16 ne concorde pas avec la fin de l'étape 15: il y a donc relai. Ceci implique qu'à l'issue de l'étape 15, le M.S.S.S. a déjà réalisé deux sous-étapes essentielles à la réalisation de l'étape 16. Ces sous étapes sont:

1. *Calcul des taux d'accroissement* pour déterminer l'indexation des dépenses des établissements. Il n'y a pas un taux uniforme mais des taux pour les différents items du budget (salaires, avantages sociaux, fournitures, loyers, etc...). Le calcul de l'Indice du prix des fournitures (I.P.F.) est effectué à partir d'un panier de fournitures utilisées dans le réseau.

2. *Simulation des budgets selon différents scénarios* pour apparier les crédits obtenus avec les subventions qui seront accordées aux établissements tout en dégageant, le cas échéant, une marge de manoeuvre. La chose est possible notamment si le Ministère utilise pour les subventions des établissements des taux d'indexation différents de ceux que le Conseil du trésor a utilisés pour son budget.

Etape 16: Approbation des budgets des établissements (avril-mai 02)

A cette étape, le M.S.S.S. détermine le budget de chaque conseil régional et de chaque établissement, fixe le niveau des revenus et de la subvention. Dans une lettre, il indique les modalités à respecter dans l'utilisation de cette subvention.

Le budget transmis concerne le fonctionnement de l'établissement. Il est global sauf pour certaines dépenses isolées dans une composante détaillée. La composante détaillée peut refléter une nature de dépense (les cadres) ou un centre d'activité. Pour ces éléments, le Ministère attribue un taux

d'indexation spécifique à cette nature de dépenses, différent du taux affecté au budget global.

Etape 17: Préparation du budget détaillé par l'établissement (mai-juin 02)

A la réception de son budget du M.S.S.S., l'établissement ou le conseil régional[1] a un délai de 30 jours pour transmettre à ce dernier son budget détaillé i.e., la ventilation qu'il fait de son budget global. (L.R.Q., C.S-5, r.2.01).

Dans la plupart des cas, l'établissement a déjà commencé à se préparer à cet exercice en opérant une planification budgétaire interne (ces pratiques sont expliquées à la section 3.2.7) en vue de la concilier avec le budget global lors de sa réception. Par conséquent, lorsqu'il reçoit effectivement le budget global, l'établissement vérifie sa capacité à respecter ce que le M.S.S.S. lui alloue.

Dans l'éventualité où il ne peut concilier les deux, l'établissement doit, dans les 60 jours suivant la réception de son budget (L.R.Q., C.S-5,r. 2.01), transmettre au M.S.S.S. un plan d'équilibre budgétaire indiquant les mesures d'économies que l'établissement entend appliquer à sa gestion pour rencontrer l'enveloppe du M.S.S.S. Précisément, ces mesures d'économies doivent porter sur:

1) les mesures qui n'affectent pas les services directs à la clientèle,
2) celles qui sont susceptibles de les affecter.

---

1 Comme il s'agit ici d'un budget de fonctionnement, la Loi soumet le conseil régional aux mêmes règles que celle d'un établissement.

Le budget détaillé et, le cas échéant, le plan d'équilibre budgétaire sont transmis au ministère avec copie au conseil régional.

Etape 18: Analyse et approbation des budgets détaillés et des plans d'équilibre budgétaire par le M.S.S.S. (juin-juillet 02)

Le M.S.S.S. procède à l'analyse et à l'approbation des budgets détaillés et des plans d'équilibre budgétaire transmis par les établissements. Ces approbations viennent clore la phase proprement dite de budgétisation.

3.2.6 Phase III Suivi et contrôle budgétaire

----- *RELAIS 2* -----

Le relais 2 exprime le changement de phase de même que la rupture de continuité dans le processus. Ainsi la phase 19 est répétitive puisque l'établissement doit transmettre annuellement 13 rapports périodiques de même que 4 rapports trimestriels au M.S.S.S.

Le relais exprime donc qu'à ce stade, le processus enclenche des étapes périodiques et non-séquentielles.

Etape 19: Rapports périodiques et trimestriels des établissements (28 jours et 3 mois)

Les rapports périodiques mentionnés précédemment de même que les rapports trimestriels servent de base pour le suivi et le contrôle budgétaire exécuté par le M.S.S.S. Ils sont transmis par les établissements au ministère. Une liste des formulaires utilisés et des

informations requises apparaît à l'annexe 5. Ceci permet au MSSS de faire rapport au Conseil du trésor sur la situation financière du réseau.

Etape 20: Analyse et contrôle de la situation - Interventions ad hoc

Les agents de liaison du ministère effectuent le suivi et le contrôle des établissements dont ils ont la responsabilité. Pour ce faire, ils utilisent l'information budgétaire compilée et rendue accessible pour décider de leurs interventions dans les établissements. Le principal critère qui nécessite une intervention est le non-équilibre budgétaire. Lorsque l'établissement se dirige vers des dépassements budgétaires, le MSSS procède à une intervention "ad hoc". Les agents de liaison ont la responsabilité de faire rapport et d'aviser leurs autorités (directions internes du MSSS et sous-ministres) lorsqu'ils anticipent des difficultés dans un établissement.

Généralement lorsque le M.S.S.S. choisit d'intervenir dans un établissement, il implique le C.R.S.S.S. concerné dans cette démarche.

----- *RELAIS* 3 -----

Le troisième relais marque la fin proprement dite des trois grandes phases du processus budgétaire. A ce stade, il ne reste que deux étapes dont la préparation a bien sûr été entamée avant la fin du processus budgétaire.

Etape 21: Budget supplémentaire (septembre-décembre 02)

La réalité budgétaire en cours d'année ne peut évidemment se dérouler en parfaite conformité avec ce qui avait été prévu dans le budget initial du

gouvernement et celui signifié aux établissements. Certains paramètres prévisionnels ont pu dévier à des niveaux divers et le gouvernement doit, s'il veut respecter ses objectifs (compressions, déficit, etc...), rajuster son tir. Vers le mois de décembre (aux trois quart de l'année budgétaire en cours) le ministre des Finances dépose à l'Assemblée nationale un budget supplémentaire qui constitue un réalignement, généralement mineur, du budget déposé en avril. Il peut affecter autant le niveau des revenus que celui des dépenses et, par conséquent, celui du déficit.

Aussi, le M.S.S.S. tente-t-il de profiter de cette occasion pour obtenir des crédits supplémentaires. Au sein du Ministère, l'exercice consiste à préparer une liste préliminaire des demandes d'ajustements et à la soumettre au comité de coordination des sous-ministres. Ce dernier retient un certain nombre de demandes et des discussions avec le secrétariat du Conseil du trésor sont entamées un peu comme lors de la préparation du budget du mois d'avril. Encore ici des dossiers appuient les demandes soumises au secrétariat du Conseil du trésor. De plus, le Ministère doit envisager des moyens "d'autofinancer" les demandes qu'il formule, en se privant par ailleurs d'utiliser d'autres crédits. Ces crédits sont suspendus (gelés), et au terme de l'année, ils sont périmés. Dès lors, l'objectif des crédits à périmer est fixé.

Etape 22: Transmission du budget final aux établissements (mars 03)

Cette étape consiste, pour le Ministère, à transmettre aux établissements leur budget final. Ce budget final contient, s'il y a lieu, toutes les

modifications au budget initial transmis en avril-mai de l'année précédente, à la suite du budget supplémentaire.

Etape 23: Fermeture des livres du M.S.S.S. (Juin-Juillet 03)

L'exercice de fermeture des livres du ministère de la Santé et des Services sociaux comporte quatre étapes eu égard aux données inscrites dans les états financiers transmis par les établissements

1) L'analyse financière et la détermination des rectificatifs post-budgétaires;
2) La libération des surplus des établissements ou leur récupération;
3) La détermination des comptes à payer non-inscrits;
4) La détermination des déficits à prendre en charge.

A cette étape, il s'agit donc d'indiquer aux comptes publics du gouvernement, l'image la plus fidèle possible de la situation financière du réseau et des engagements qui en résultent pour le gouvernement.

3.2.7 Les processus internes des établissements

Les processus budgétaires internes des établissements ne sont pas tous organisés de la même manière. Plusieurs paramètres font varier le type de processus utilisé: la catégorie d'établissement (CHCD, CHSP CHP, CLSC, CAR, CAH, CSS), la taille de l'établissement (mesurée par son volume d'activité ou encore par son budget), le style de gestion de l'établissement, etc...

Les entretiens tenus avec les dirigeants des établissements ont permis de constater que les pratiques budgétaires internes variaient beaucoup d'un établissement à l'autre. Ainsi, dans certains cas, la taille de l'établissement, de même que la rareté des ressources de gestion qui en découle réduisent la participation interne au processus budgétaire à son strict minimum. La gestion budgétaire est alors assurée par le directeur général et le directeur des finances et se limite à répondre aux exigences du Ministère en remplissant les rapports exigés par ce dernier. Parfois ces établissements ne transmettent même pas le budget détaillé pas plus que le plan d'équilibre budgétaire, le cas échéant, au Ministère.

Dans la plupart des cas, le processus budgétaire interne varie en fonction de son degré de centralisation ou de décentralisation. Le style de gestion, la culture et les traditions des établissements sont sans doute les éléments-clés qui permettent d'expliquer le niveau de centralisation ou de décentralisation des processus budgétaires de ces établissements.

Dans le cas des établissements qui ont un processus budgétaire centralisé c'est entre les mains de la direction générale et de la direction des finances que repose la gestion budgétaire.

L'information budgétaire est alors parfois transmise aux chefs de départements ou aux chefs de services mais seulement à titre informatif. Ces derniers ne sont pas formellement impliqués à cet égard.

L'implication d'un comité du budget ou encore l'intérêt que porte le comité consultatif à la direction générale (CCDG) au regard du budget viennent

fréquemment en support à la gestion budgétaire. Dès lors, l'information budgétaire circule plus librement et les différentes instances de l'établissement sont davantage impliquées dans les décisions budgétaires. La consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP, en milieu hospitalier) vient parfois systématiser (fréquemment par la voie de son conseil exécutif) cet état de choses et permet aux différents groupes de l'établissement de s'exprimer sur les enjeux budgétaires.

Il arrive également que la direction de l'établissement confie aux chefs de départements ou de services (directions de programmes dans d'autres cas) la responsabilité de gérer le budget de leur département, service ou programme. Dans un tel cas, ils participent à l'élaboration des prévisions budgétaires de même qu'au suivi en cours d'année en particulier sur les heures travaillées (calculées en dollars ou en heures réelles). En raison de leur importance dans le budget (80%), ces heures deviennent une ressource stratégique à contrôler. Les gestionnaires reçoivent alors une information périodique à cet effet et assurent une rétroaction vers le niveau central de l'établissement. Certains ne font que participer au processus (en travaillant surtout sur l'information budgétaire) alors que d'autres sont parties prenantes au processus parce qu'ils décident de l'allocation des ressources dans leur unité administrative.

Certains établissements ont une attitude pro-active alors que d'autres adoptent une attitude plutôt réactive face au budget. L'attitude pro-active implique que l'établissement opère une planification budgétaire avant la réception du budget alloué par le Ministère. L'établissement essaie d'anticiper les taux d'indexation du M.S.S.S. pour procéder à l'évaluation

des ressources dont il disposera pour l'année à venir. Il établit des scénarios d'indexation à l'interne qui lui permettent de se dégager une marge de manoeuvre pour assurer lui-même son développement et répondre aux imprévus, tout en essayant de maintenir un même niveau d'activités. A l'arrivée du budget du Ministère, il confronte ses scénarios avec l'enveloppe obtenue et travaille sur l'écart soit en réajustant ses prévisions à l'interne, soit en présentant un plan d'équilibre budgétaire.

L'attitude plutôt réactive pousse l'établissement à attendre l'obtention du budget du ministère pour planifier l'allocation de ses ressources à l'interne. Il procède généralement ainsi pour éviter de créer des attentes difficiles à satisfaire au cas où l'écart entre le budget reçu et le budget planifié serait trop grand. Dans un tel cas le processus budgétaire interne commence donc à la réception du budget par le M.S.S.S.

Les modes d'allocation sont, eux aussi, variables; certains établissements procèdent de manière incrémentale, i.e. ils utilisent leur base historique interne ajustée pour établir leur allocation tandis que quelques autres ont recours à la méthode du "Budget base zéro" (Zero-base budgeting, ZBB). Cette méthode implique le re questionnement annuel, ou du moins périodique, de la base budgétaire interne. Dans ce cas, le niveau d'implication des membres de l'établissement varie en fonction du niveau de décentralisation administrative institué.

3.3 L'allocation des budgets de développement et des budgets d'immobilisation

Jusqu'à maintenant, la description du processus budgétaire s'est limitée au premier volet de l'allocation: celui des budgets de fonctionnement. Tel que mentionné à la section 3.2, il existe cependant d'autres volets de l'allocation budgétaire qui méritent d'être traités distinctement puisqu'ils suivent des trajectoires légèrement différentes. Ce sont les budgets de développement prioritaire et les dépenses d'immobilisation. Les budgets de développement prioritaire permettent la réalisation de nouvelles activités ou encore le financement d'activités issues de nouveaux programmes. Ces budgets sont alloués à partir des marges de manoeuvre pour le développement.

Il importe cependant de retenir que les budgets de développement sont de deux types: le développement prioritaire et le développement obligatoire.

Le développement prioritaire est celui qui permet l'ajout d'un programme, ou d'un service. La détermination des priorités au niveau de ce type de développement est arrêtée par le gouvernement. Elle veut répondre à des problématiques spécifiques que le gouvernement juge suffisamment prioritaires pour y injecter des budgets additionnels. Ces choix sont faits à partir des besoins signalés par le ministre, lesquels prennent en considération les demandes des CRSSS (ex. désengorgement des urgences).

Le développement obligatoire est de tout autre ordre. Il répond à l'augmentation de la capacité de production d'un établissement à la suite de travaux d'immobilisation autorisés actuellement et réalisés conformément au

plan annuel d'immobilisation (P.A.I.) Le développement obligatoire est donc le corollaire obligé d'une décision sur l'allocation de nouvelles immobilisations. Il faut souligner ici que la Loi de l'assurance hospitalisation n'autorise pas l'inclusion de l'amortissement dans les états financiers des établissements.

Il importe aussi de mentionner que cette distinction entre développement prioritaire et développement obligatoire est exclusive au secteur de la santé et des services sociaux. Le gouvernement traite de développement prioritaire et le Conseil du trésor de développement obligatoire dans le cadre du processus déjà décrit.

3.3.1 Le processus d'allocation des budgets au titre de développement prioritaire

C'est, d'une part, la directive annuelle du Conseil du trésor et, d'autre part, la Circulaire 1981-022 du ministère de la Santé et des Services sociaux qui donnent les grandes lignes à suivre pour l'allocation des budgets de développement prioritaire. Contrairement au processus suivi pour les budgets de fonctionnement, celui du développement prioritaire est d'abord ascendant (des établissements vers l'Etat) puisqu'il se fonde sur les besoins et les demandes formulés par les régions. Le Ministère demande en effet aux C.R.S.S.S. de lui faire parvenir entre le 1er avril et le 30 juin de chaque année l'état des besoins régionaux et ce, par programme, élément de programme, composante ou clientèle. Les demandes au titre des dépenses d'immobilisation devront être considérées et inscrites dans le cadre de l'élaboration annuelle du P.A.I.

Pour présenter les besoins, les C.R.S.S.S. ont le mandat de recevoir des différents établissements les demandes de ressources requises pour répondre aux besoins locaux. Le C.R.S.S.S. reçoit les demandes, les étudie, les accepte ou les refuse et les recommande ensuite au Ministère. Il doit y avoir un premier arbitrage à ce niveau.

Le Ministère procède à l'étude des demandes et le cas échéant, les retient intégralement ou les reformule et les inscrit au dossier des priorités en marge de la revue annuelle des programmes. La décision qui sera rendue par le gouvernement sera ajoutée aux budgets de fonctionnement lors de la revue des et de l'année en cours et des années subséquentes s'il y a lieu (Etape 5, section 3.5). A partir de là, les crédits de développement approuvés par le gouvernement s'engagent dans le processus descendant et seront approuvés selon les règles définies dans la programmation budgétaire. Dans certains cas, les C.R.S.S.S. assurent la répartition finale en conformité avec les priorités gouvernementales retenues.

L'arbitrage gouvernemental concernant ces demandes se fait à deux niveaux: au comité inter-ministériel permanent des Affaires sociales, puis au comité des priorités du gouvernement ou de ce qui en tient lieu.

3.3.2 Le plan annuel d'immobilisations (P.A.I.)

Le P.A.I. est un instrument gouvernemental qui permet au Conseil du trésor d'agréger certaines demandes pour de nouvelles immobilisations. Le P.A.I. fait aussi l'objet de discussions et la décision finale est prise par le Conseil du trésor. En principe, la décision concernant le P.A.I. devrait

être prise au même moment que celle sur les enveloppes finales issue de la revue des programmes. En pratique, il existe un décalage entraîné notamment par les délais nécessaires à l'exécution des décisions.

Si l'allocation budgétaire des dépenses de fonctionnement est assujettie au principe d'annualité de la décision (principe par lequel la décision sur le budget doit être répétée annuellement), ce n'est pas le cas pour le P.A.I. Les dossiers peuvent donc y être inscrits et étudiés puis approuvés en cours d'année.

Le circuit de la dépense d'immoblisation peut s'illustrer par les étapes suivantes:

1) Le projet est inscrit au P.A.I. en vue d'une approbation;
2) Le projet est approuvé au P.A.I.;
3) Une étude de faisabilité est réalisée;
4) Le décret de conception est adopté accompagné des plans et devis;
5) Le décret d'exécution est adopté;
6) L'autorisation d'emprunt temporaire à est obtenue en cours d'exécution par l'établissement;
7) La consolidation de l'emprunt est faite par le gouvernement;
8) Le financement du projet est assumé par le service de la dette.

Les années subséquentes, les dépenses de fonctionnement qui en découlent sont incluses graduellement dans le développement obligatoire par le Conseil du trésor. Le rythme d'inclusion fait l'objet de discussions annuelles soit lors de la première année d'opération et l'année subséquente (annualisation de la première).

3.4 Faits saillants

Au regard de la description précédente du processus d'allocation budgétaire, le lecteur devrait retenir les éléments suivants:

- le processus est assumé par un mode d'allocation fondé sur l'incrémentalisme. Ce mode se répercute du haut vers le bas;
- les processus budgétaires pour les budgets récurrents de fonctionnement, de développement prioritaire et pour les dépenses d'immobilisation suivent des parcours légèrement différents;
- le processus budgétaire des dépenses de fonctionnement comporte 3 grandes phases: planification centrale, budgétisation des établissements et suivi et contrôle. Il est descendant en ce qu'il est initié par le Conseil du trésor et se prolonge ensuite séquentiellement les divers niveaux de la hiérarchie organisationnelle du système;
- le processus budgétaire concerne une année budgétaire qui commence le 1er avril et se termine le 31 mars de l'année suivante. Cependant, le processus proprement dit commence près de 12 mois avant le début de l'année financière et donc, près de 24 mois avant la dernière dépense, ce qui représente une période très longue entre la prévision et l'exécution de la dépense;
- les établissements ont des pratiques budgétaires internes différentes: notamment du point de vue de leur degré de centralisation - décentralisation;
- les budgets de développement sont de deux ordres: le premier est le développement prioritaire qui répond aux priorités de l'heure, le second est le développement obligatoire qui vise le suivi édicté des décisions prises dans le plan annuel d'immobilisations (P.A.I.).

CHAPITRE 4
LE DISCOURS DES ACTEURS

Le contexte historique dans lequel le processus budgétaire a évolué depuis les 15 dernières années de même que le schéma et la description qui en furent faits aux chapitres précédent ont permis de présenter une sorte de photographie de ce processus et de le situer par rapport à l'évolution de son environnement. Les intervenants par leur discours et leur comportement nous en livrent maintenant le film.

L'interrogation fondamentale à laquelle s'adresse ce chapitre est la suivante: quels sont les attitudes, les perceptions et les comportements des acteurs face au processus budgétaire? Il est apparu que la façon la plus valide de répondre à cette interrogation était de reproduire textuellement les citations recueillies des intervenants lors des entretiens conduits dans le cadre de ce projet.

Les citations présentées ci-dessous ont été regroupées en respectant les quatre niveaux de l'analyse du processus exposés au chapitre un et utilisés tout au long de cette recherche. C'est ainsi que les opinions émises par les intervenants consultés au sein du Conseil du trésor se retrouvent sous la rubrique "Discours des acteurs au sein du Conseil du trésor". Il en va de même pour les trois autres niveaux soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, les conseils régionaux et les établissements. Bref, l'analyse se concentre sur quatre acteurs institutionnels-clés et postule que

les caractéristiques de l'acteur institutionnel sont le reflet des opinions et des comportements de ceux et celles qui y oeuvrent.

Ce chapitre donne donc la parole à ces acteurs.

4.1 Le discours au sein du Conseil du trésor

Le rôle du Conseil du trésor est défini par ses membres comme le responsable du respect de l'équilibre financier établi par le gouvernement.

Son mandat se trouve particulièrement reflété dans les citations suivantes:

> *"que les décisions politiques prises soient respectées, que les enveloppes budgétaires soient respectées."*

> *"Nos balises sont les assises du discours du budget."*

Pour réaliser son mandat, il s'appuie sur le travail de son secrétariat:

> *"Le Conseil du trésor est complètement dépendant de l'analyse et de l'information produite par le secrétariat"*

> *"Lorsqu'on (le secrétariat) présente une recommandation au Conseil du trésor, même si c'est une recommandation technique, c'est difficile pour des ministres de dire qu'ils prennent une décision contraire à la recommandation ... sauf quand ils ont une orientation politique très claire. Alors, leur décision est différente pour d'autres motifs".*

> *"Ultimement, il y a juste un organisme qui confronte les dépenses avec les revenus que l'Etat peut obtenir: le Conseil du trésor".*

Quant à son rôle vis-à-vis des ministères, le Conseil du trésor se positionne ainsi:

"Notre fonction en est une d'élaboration de règles de gestion, d'analyses et de recommandations au moment de l'exécution, sur les dossiers présentés par le Ministère au Conseil du trésor."

"Si vous faites abstraction du cycle budgétaire comme tel, l'ensemble du Conseil du trésor est tourné vers le contrôle des gestes administratifs".

"Aujourd'hui, le processus d'allocation budgétaire consiste bien plus au point de départ, à établir le montant des compressions et à laisser au Ministère dans la mesure où il accepte de jouer le jeu, la responsabilité de déterminer de quelle façon il va couper. Là où les problèmes commencent, c'est quand les ministères disent: "on ne peut pas" .... Ce qui est le cas du Ministère ..."

"On y répartit au meilleur de notre connaissance le montant des compressions."

"Le Conseil du trésor se met de plus en plus dans la position de forcer les ministères à faire des choix."

"Dans un organisme central comme le nôtre, on est capable de faire le lien avec la situation financière, ça donne évidemment une perspective particulière qu'on n'a pas quand on est à l'intérieur d'un réseau."

"Pour nous, notre principal indicateur de performance d'un ministère, y compris d'un ministère qui gère des réseaux, c'est sa capacité de passer à l'intérieur d'une enveloppe."

"Au Conseil du trésor, ça prend des gens rigoureux ... qui ont un sens sacré des choses bien faites. Le Conseil du trésor c'est une sorte de rempart ... c'est le seul endroit où l'on peut arrêter une connerie ... le seul endroit où il se fait des analyses rigoureuses."

Plus particulièrement vis-à-vis du Ministère, les commentaires du Conseil du trésor traduisent le peu de crédibilité que l'on semble accorder à ce ministère:

> *"... on a l'impression qu'eux autres ont un problème de contrôle sur leur réseau ..."*
>
> *"Il (le Ministère) n'était pas obligé d'accepter les déficits. Il aurait pu faire augmenter la pression dans le système en n'acceptant pas les déficits. Il a choisi de les éponger..."*
>
> *"On dirait qu'en santé, tout le monde se donne le mot pour dire que c'est la faute de l'autre. Au départ c'est la faute du Conseil du trésor parce qu'il n'a pas assez d'argent; c'est la faute du Ministère parce qu'il ne contrôle pas l'épargne des établissements, et les établissements disent que ce n'est pas leur faute parce qu'ils ne contrôlent pas la demande ..."*

Selon le Conseil du trésor, le Ministère ne joue pas le jeu de l'équilibre financier, et du contrôle des dépenses:

> *"La mission du Ministère en fait un apôtre, et non un gestionnaire".*
>
> *"Il va systématiquement créer des besoins".*
>
> *"On n'a jamais été capable de leur faire établir un ordre de priorités dans leurs programmes. Ils ne sont pas capables. Tout est prioritaire."*
>
> *"Il ne décompose pas le problème de manière à faire des choix. C'est toujours des choses bonnes. Il ne voit pas sa mission comme en étant une de gérer."*
>
> *"Dans un budget, un dirigeant du ministère des Affaires sociales avait refusé de faire des compressions. Il était arrivé en disant: "J'en fais pas de rangement ..." et nous, au Conseil du trésor, on a dit: "Bang, c'est ça ... on a imposé des compressions aveugles. Ensuite quand il est arrivé au Comité des priorités pour avoir du développement, il est arrivé en vrac et il a dit: "Ca, c'est tellement prioritaire qu'on ne peut pas faire des priorités dans nos*

demandes." Alors, on a dit: "Dans ce cas-là, tu as zéro. Si tu n'es pas capable, toi, d'établir des priorités, pourquoi est-ce que le Conseil des ministres lui, en établirait à ta place?"

Sur ses rapports avec le Ministère, le Conseil du trésor lui reproche de procéder à la pièce:

"Il se présente à l'automne en nous faisant des demandes de budget supplémentaire, il nous demande à la pièce. Nous, en terme de relation avec eux, on ne peut pas discuter à la pièce ..."

"On a, avec le Ministère, plus de difficultés qu'avec les autres ministères. Leur modèle de prévision est spécifique et non constant. Leurs systèmes d'information ne produisent pas de données à jour, par exemple, sur l'exécution du budget. On ne sait pas ce qu'est la situation financière des hôpitaux de façon précise et le Ministère ne l'a pas non plus."

Un extrait d'un rapport écrit par un membre du secrétariat du Conseil du trésor fait état des perceptions du Conseil et des problèmes qu'il rencontre dans ses rapports avec le Ministère:

"... Les demandes budgétaires sont peu étayées, peu documentées, souvent présentées à la dernière minute, font régulièrement en cours d'analyse l'objet de révisions substantielles, nécessitent un temps d'analyse considérable, et le secrétariat de faire conséquemment l'objet de critiques pour sa lenteur à traiter certains dossiers. Le Ministère semble de plus manifester une résistance et une incapacité chronique à répondre aux demandes et aux exigences du Conseil du trésor sur certains dossiers."

Au Conseil du trésor on remet également en question la capacité critique du Ministère à l'égard des demandes des établissements.

"Nous considérons qu'il n'y a pas de méthodologie assez rigoureuse derrière toute la démarche du Ministère pour justifier le terme "requis". C'est comme

si, une fois que les établissements l'ont demandé, ça devient requis ..."

"Il y a un effort d'analyse que le Ministère ne fait pas. Peut-être qu'ils n'ont pas les ressources, ils ont tellement de feux à éteindre qu'ils n'ont pas le temps d'y regarder."

"Le Ministère nous parle, et nous met devant ce qui est inéluctable dans le réseau."

"Je pense que le Ministère n'a jamais pu responsabiliser les administrateurs dans les établissements."

Au chapitre des immobilisations, le Conseil du trésor reproche au Ministère sa façon de concevoir les évaluations qu'il lui demande.

"Le Ministère fait toujours de mauvaises évaluations. Il sous-évalue, comme si on prenait ça uniquement comme étant une indication ... un ordre de grandeur, pour pouvoir entrer le projet dans la programmation. Ce qui fait que l'on est toujours en train de demander au Ministère de se justifier sur les dépenses."

Dans son discours à propos du Ministère, le Conseil du trésor fait une distinction entre la santé, les services sociaux et la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.):

"... du côté des services sociaux, à partir du moment où on s'entend sur le volume, les budgets correspondent à la capacité de ce réseau, donc assez prévisible, de sorte qu'on n'a pas de surprise dans la préparation et l'exécution des budgets de ce côté. Il en est de même avec les CLSC. En ce qui concerne la RAMQ, leur système de prévisions semble satisfaisant au niveau de l'analyse et on s'échange l'information."

C'est dans cette optique que le Conseil du trésor explique son accord avec la modification faite en 83-84 à la structure de programmes du Ministère

ramenant cette dernière d'une structure par programme à une structure par catégorie d'établissements.

> *"Il y a eu amélioration, car il n'y avait pas de connexion entre le budget dans un hôpital et le budget voté par l'Assemblée nationale car les programmes ne correspondaient pas aux établissements."*

4.2 Le discours au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.)

Mais le ministère de la Santé et des Services sociaux a aussi un certain nombre de critiques à adresser au Conseil du trésor. Entre autres, il lui reproche:

> *"d'avoir réparti entre les ministères, les compressions lorsqu'elles sont arrivées, au prorata des budgets existants ... sans faire d'analyses comparatives entre les missions."*

On souligne également au Ministère que face au processus central d'allocation budgétaire:

> *"Les orientations et alternatives de choix budgétaires sont soumises au Conseil des ministres qui doit faire des choix rapidement et ne peut toujours prendre le temps nécessaire à faire un examen éclairé de la question ... Cette partie de la décision budgétaire se fait donc dans une perspective globale. Ce n'est que par la suite, lorsque le Ministère reçoit son enveloppe de base, que le ministre prend réellement conscience des implications spécifiques de ces choix globaux sur son ministère..."*

Quant aux facteurs de croissance des coûts, les divergences de conception à cet égard sont relevées par les intervenants du Ministère:

> *"Quant à la santé et aux services sociaux, on est d'avis que le central (Conseil du trésor) ne prend*

pas en compte tous les facteurs mécaniques de croissance, ce qui implique que, quant tu fais la sommation de tous les ministères, tu arrives dans une impasse budgétaire ... ça fait à peu près dix ans que c'est comme ça. En plus de ne pas prendre en compte tous nos problèmes de croissance mécanique, on nous impose des contraintes pour partager l'impossibilité de rentrer. On est doublement pénalisé."

Cependant, au sein du Ministère, on connaît bien les "règles" du jeu:

"Le temps est un facteur qui use le pouvoir du Conseil du trésor et des gens qui sont en place ... Deux autres phénomènes peuvent éroder le pouvoir du Conseil du trésor: le fait accompli et les fins de mandat..."

Dans le jeu des négociations ayant cours entre le secrétariat du Conseil du trésor et le Ministère, ce dernier va:

"essayer de les prendre à leur propre jeu ... on fait des comparaisons entre la santé et l'éducation. On exploite tout ce qu'on peut exploiter. On peut également jouer sur des clientèles qui atteignent la sensibilité des décideurs politiques ... On insiste également sur les conséquences de ne pas prendre la décision d'allouer des ressources ..."

Les relations du Ministère avec le Conseil du trésor sont d'ailleurs caractérisées de la façon suivante:

"C'est lent, on ne s'entend pas, c'est de l'épuisement mutuel ..." car le Ministère va épuiser toutes les argumentations pour aller chercher quelques millions de plus."

"J'ai cherché à expliquer au réseau pourquoi les budgets arrivent si tard ... Si vous voulez les avoir à temps, vous allez avoir moins d'argent ...".

Il existe cependant des différences de perception au regard de la sensibilité politique face aux problèmes sociaux et de santé. Ces différences servent, semble-t-il, la stratégie de négociation du Ministère face au Conseil du trésor.

> *"Le secteur santé pénètre mieux les décisions politiques ... y compris les hauts fonctionnaires du trésor, que le secteur social, la veuve et l'orphelin ... Pour faire avancer le secteur social, on a fait bâtir 60 CAH; on a sensibilisé beaucoup les politiciens pour y arriver ..."*

Quant au fonctionnement interne du Ministère, au Ministère, on fait ressortir ce qui suit::

> *"Notre processus décisionnel est désarticulé; il faut comprendre que des décisions qui se prennent à d'autres instances, affectent directement le système: RAMQ, formation des médecins, négociations dans le secteur public ... Il n'y a donc pas d'intégration dans le système total de décision. On assiste ainsi à des "trade-off" qui vont à l'encontre de la rationalité organisationnelle et ce, même à l'interne."*

Cette désarticulation est reconnue au niveau central, mais aussi dans les relations avec le réseau:

> *"... le processus d'allocation budgétaire est désarticulé du processus décisionnel dans le champ ... l'Etat n'a pas d'emprise sur le réseau de santé et les décisions s'y prennent en parallèle des décisions budgétaires gouvernementales ..."*

Le Ministère gère par des règlements et dans certains cas ceux-ci sont contraignants même pour lui-même qui se voit obligé de les contourner. C'est ainsi que certains contractuels engagés par le Ministère reçoivent leurs salaires d'établissements avec lesquels le Ministère a pris des

ententes. Certains décrets et directives émis par le Ministère étaient également, aux dires des personnes consultées, illégales et même fixées dans le but de forcer des amendements à la loi (ex. la directive sur les séjours moyens de 48 heures dans les salles d'urgence).

> *"après cela, on a changé la loi ... si tu veux changer des choses, il te faut parfois être délinquant."*

Le pouvoir décisionnel semble être perçu au Ministère comme se situant davantage dans le réseau:

> *"... la réalité montre que les décideurs logent au bas de la pyramide organisationnelle. On a peu de contrôle sur ces décideurs sauf à l'occasion de décisions strictement organisationnelles. Dans les hôpitaux universitaires, les universités ont même plus de pouvoir que le Ministère sur les décisions..."*

De plus, il fait mention des incohérences qui résultent du raisonnement politique et du raisonnement technocratique qui coexistent à l'interne, incohérences qui se répercutent sur l'allocation budgétaire:

> *"En toute logique technique (ex. Télé-Médic), tu peux recommander que telle activité ne se fasse pas, mais politiquement, ça ne se ferme pas ..."*

> *"On sait qu'il faut avoir la paix avec tel groupe (ex. les médecins, les administrateurs d'hôpitaux) parce que ces personnes militent à l'intérieur d'un parti ..."*

> *"On a été capable de mettre 133 millions (Opération BLITZ) pour satisfaire une clientèle, celle des centres hospitaliers, parce que c'est celle-là qui grouillait. On aurait pu le mettre ailleurs (ex. infirmières ...) C'est quel groupe qui va se taire pendant un certain temps pour acheter la paix sociale? ..."*

> *"La culture du milieu comporte un vice historique: la parole donnée par exemple, (il n'y aura plus de consolidation de déficit et de prise en charge par*

l'Etat) n'a jamais été respectée. L'absence de continuité et de fermeté face aux pressions des établissements, lesquelles sont souvent reprises et véhiculées par le bureau même du ministre ou du sous-ministre, a ruiné la crédibilité du Ministère et des agents de liaison. Le réseau assume le leadership à la place du Ministère. On souhaite enfin pouvoir gérer le réseau des établissements et ne pas changer d'orientations dès qu'un médecin tousse, qu'un établissement grenouille. La conduite des responsabilités ministérielles devrait tenir le cap sur un plan et des priorités connus. L'adhésion à ces orientations, par des conduites appropriées, favoriserait la continuité, la rigueur, la fermeté et surtout la confiance dans nos moyens d'action et l'émergence d'un sentiment d'appartenance."

"Les programmes, une fois qu'ils sont visibilisés institutionnalisés et administrés par la RAMQ, ça devient politiquement intouchable."

"Il y a des institutions qui sont intouchables selon les différents ministres. Elles deviennent alors en développement même si elles ont un déficit en même temps ..."

"Il faut que l'appareil administratif s'adapte aux priorités politiques qu'un homme a au détriment de la continuité de certains dossiers qui ne peuvent se faire parfois que par 10 ou 15 ans d'effort."

"... les hommes politiques ont toujours peur de l'AHQ ... Pour répondre aux propositions, aux cris que l'AHQ fait, nous sommes mal organisés au Ministère ... Il faut s'entendre avec l'AHQ; leur force vient juste de notre faiblesse car il n'y a aucune force là, en terme d'articulation intellectuelle ..."

"On n'est pas un organisme administratif mais un ministère "social" et politiquement toujours vulnérable. Il est toujours dans les journaux et c'est la ministre qui doit en répondre devant l'Assemblée nationale ..."

A cela s'ajoute les commentaires faits sur la propre capacité du Ministère à gérer le réseau de la santé et des services sociaux:

"Les gens du Ministère sont démobilisés par rapport à ce qu'ils font. Quant à la compétence ... le réseau

est venu chercher ce qu'il y avait de meilleur au Ministère."

"L'action ministérielle, même fondée, ne peut être entreprise car elle est assujettie par des règles gouvernementales, à l'approbation centralisée du Conseil du trésor. Qui gère le réseau? D'une part, les établissements et les corporations professionnelles et d'autre part, le Conseil du trésor! Le cabinet du ministre et du sous-ministre traitent des représentations des premiers: la direction du Budget s'extirpe des règles du second. Pendant ce temps, l'agent de liaison essaie de glaner des renseignements, d'être dans le coup! En fait, un appel à "son" établissement le renseigne sur ce qui se passe! Et on développe des instrumentations pendant qu'on traite, avant leur venue au monde, de leur incapacité ou de leur défaut. La loyauté a de ses ratés!"

"Les agents ne connaissent pas les institutions et les problèmes qu'elles vivent. Le processus de liaison n'est pas systématisé."

"La lacune principale a trait au mode de fonctionnement qui confine l'agent de liaison au milieu des responsabilités et devoirs sans pour autant construire, autour de lui, un circuit d'informations ou de renseignements appropriés, utiles, opportuns, récents qui lui permettent d'agir auprès et face aux établissements dont il a charge, et fonder son pouvoir d'action sur des lignes directrices émanant des autorités, lui conférant une marge d'action appropriée aux situations."

"Prenons à l'Education: ils sont "surstaffés" de cadres, de professionnels, de penseurs ... On n'est pas au Ministère des gens de tout temps préoccupés à établir des politiques, des règlements; on a toujours été en train d'éteindre les feux ..."

"... on est toujours en retard sur les échéances pour livrer les marchandises au Conseil du trésor ..."

"On a des gens qui ne savent pas ce que c'est vraiment le réseau, exceptionnellement certains viennent du réseau, mais ils n'ont pas la force ni le raisonnement économique du trésor."

"Le principal problème des gens au Ministère est relié à une méconnaissance de l'environnement, et de la complexité du système."

La continuité décisionnelle au sein du Ministère constitue un autre des problèmes de fonctionnement interne souligné par les intervenants rencontrés:

"Il faut aller à l'école de la déréglementation et arrêter de prescrire circulaires sur circulaires, changer pour changer. Il faut introduire des lignes directrices cohérentes, permanentes. Cette cohérence devrait être établie par un contrôle unique sur l'émission de ces prescriptions alors que la pertinence devrait toujours être évaluée dans le contexte d'une gestion adaptée à la situation de l'établissement, voire dans un contexte de contrôle d'exception mais aussi sans altérer à la connaissance exhaustive, absolue et relative de chaque établissement. Ces lignes directrices devraient guider à la fois l'action de l'agent de liaison et l'établissement: on cessera d'être des pompiers pour devenir des "prévoyants d'incendie"."

"La richesse du Ministère, la qualité de son intervention auprès des établissements, sa capacité à initier le changement, à promouvoir la rationalisation reposent sur l'actif fondamental du Ministère: l'agent de liaison. C'est lui qu'il faut former, qu'il faut informer, qu'il faut arrêter de court-circuiter, d'infirmer, de contredire. Le supporter signifie développer une instrumentation et une documentation qui traitent des établissements dont il a charge et non pas le laisser enterrer sous un amoncellement de données dispersées et disparates. L'agent de liaison est un "courtier en valeur" qui connait à la fois l'industrie (le réseau) et l'entreprise (l'établissement)."

"En 3 ans, on a eu 4 ministres, 3 sous-ministres. Comment veux-tu assumer une continuité dans ces choses-là?..."

Sur sa fonction, proprement dite, on affirme au Ministère que:

"Un ministère ce n'est pas fait pour faire ... mais les établissements ne veulent pas que le Ministère fasse

des objectifs, et le Ministère n'est pas équipé pour le faire."

Mais au-delà de la fonction proprement dite, des problèmes de capacité et de résistance interne à des processus de réallocation budgétaire et de régionalisation budgétaire sont soulignés:

"... les gens ont peur que si jamais on dégage des argents, ça profite à d'autres directions générales. Et c'est vrai ça au niveau des conseils régionaux, c'est vrai au niveau des établissements et c'est vrai au niveau du Ministère ..."

"Une autre lacune fondamentale est celle constatée face au traitement ou à l'absence de traitement que fait le Ministère de la multitude des données transmises au Ministère: le sentiment d'impuissance à mettre en série ces données et de pouvoir bien les utiliser pour comprendre la situation, constitue pour un établissement du réseau, un avantage dont il profite largement la plupart du temps. Les données "vieilles" de deux ans sont vite oubliées par le Ministère."

"les ennemis les plus farouches de la MRBB sont au sein du Ministère parce qu'ils ne la comprenaient pas ..."

"Il y a des gens au Ministère qui sont allergiques aux CRSSS car c'est leur propre pouvoir qu'ils perdent ..."

"... les établissements court-circuitent le CRSSS et le Ministère fait de même ... ça fait l'affaire des deux".

A l'égard des CRSSS, les acteurs oeuvrant au sein du Ministère formulent les témoignages suivants:

"Ils se font des compilateurs de demandes des établissements ... ils ne savent pas vraiment comment elles sont retenues ... et on ne les tient pas informés ... ils défendent les établissements à défaut de défendre un plan de service ..."

"... on se rend compte qu'il se fait très peu d'arbitrage régional et à chaque année on ramasse au Ministère de 200 à 400 millions de dollars de développement annuel."

"La régionalisation du processus budgétaire est en train de s'essouffler car les principaux interlocuteurs (un sous-ministre et ses 2 sous-ministres adjoints) ne sont plus là."

"Si tu veux régler les problèmes à un niveau local, ... il faut changer les négociations centralisées ...tant que tu n'auras pas une imputabilité politique à ce niveau, les CRSSS ne seront responsables de rien ... Quand le problème est relativement important, il s'en vient tout le temps au ministre ..."

A l'égard des établissements, les opinions tendent à mettre en évidence la perception des pouvoirs plutôt mitigés que le Ministère exerce sur les établissements et particulièrement sur les hôpitaux:

"... on gère 8 milliards puis on demande un rapport, puis on ne l'a pas ..."

"... le problème, c'est que même en ayant ces informations (indicateurs tels rapports de salaires, rapports sur les dépenses pour établir une comparaison du comportement financier de l'établissement par rapport à des périodes antérieures), on n'a pas le pouvoir d'agir directement et à temps sur l'établissement qui est une corporation autonome ..."

"Actuellement, le Ministère n'est pas capable de faire une évaluation sans faire une tutelle ..."

"La souplesse des établissements à se "convertir", à développer des services adaptés à la clientèle est éloquente: c'est une mutation quasi (si possible) décennale! Alors le surplus comme l'équilibre budgétaire doivent demeurer suspects. On sait que les déficits résultent des activités, des initiatives, voire du laisser-faire. Mais sait-on ce que véhicule un équilibre? A-t-on jamais arrimé le contrôle de la qualité du service et le résultat d'opération? Le Ministère a peu réussi la gestion de la rationalisation: ses bons coups faits ou à faire ont été confinés dans le secteur de la buanderie, de l'informatique, etc. Et

la gestion des soins alors? A-t-on repris sa confiance depuis l'abolition téléguidée du secteur d'organisation qui intervenait auprès des établissements? A-t-on toujours peur de montrer des dents aux établissements?"

"on a fait des enquêtes sur des CLSC, des centres d'accueil mais les hôpitaux qui ont des problèmes financiers, on n'y a pas touché ..."

"Essaie de rapprocher des hôpitaux, de les fusionner; essaie de déplacer un département, c'est une aventure considérable sur le plan politique".

"On a plus de connaissance au Ministère sur l'activité des CLSC, des CA et CAH, alors qu'un hôpital, il faut que tu ailles voir les actes de la RAMQ pour savoir ce qui se fait ..."

Cette incohérence dans les relations entre les hôpitaux et le Ministère est bien illustrée par l'exemple suivant rapporté par un intervenant:

"l'hôpital décide d'entreprendre de nouvelles activités chirurgicales ultra spécialisées qui entraînent des coûts sans demander l'avis du Ministère et en même temps, fait des démarches importantes auprès du Ministère pour obtenir une subvention de 400 $ pour couvrir l'achat d'un médicament ..."

Quant à la capacité de gestion des établissements, la qualité de la gestion des dirigeants et des conseils d'administration est également remise en question:

"la planification stratégique au niveau institutionnel veut dire d'augmenter les demandes et de les étayer davantage ..."

"... les directeurs généraux ne se sentent pas imputables de leur budget ..."

"les directeurs généraux font des justifications locales qui font que nous autres on peut les percevoir comme étant un groupe d'incompétents, sauf que compte tenu

de la préoccupation de leur conseil d'administration, compte tenu des relations de pouvoir qui existent et de la préoccupation que peut avoir un organisme décentralisé qui est totalement financé par un tiers, ils peuvent localement être perçus très bien, parce qu'ils sont toujours en demande face à l'organisme central; plutôt que de faire des choix, ils en demandent."

"Il faudrait passer en revue aussi la qualité de gestion des membres de conseil d'administration. Leur durée de vie, leurs préoccupations, les conflits possibles d'intérêt qui existent, tout ça fait qu'ils sont totalement influencés à l'extérieur, tout ça fait en sorte que c'est difficile d'avoir la qualité, la continuité dans ces conseils d'administration."

4.3 Le discours au sein des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.)

Etant nés d'une idéologie de décentralisation régionale, des décisions sur l'allocation des ressources et la gestion, les CRSSS soutiennent en général que:

"La décentralisation ça a tenu plus à des personnes qu'à des structures. Les structures ne l'ont pas vraiment favorisée. Durant la période de crise tout convergeait en faveur de la décentralisation. Mais on s'est rendu compte, dans l'après-crise qu'à peu près tout était ramené à Québec en terme de décisions. Au niveau des CH, le budget de fonctionnement, n'a jamais été véritablement décentralisé. Même à cette époque, dans la pratique, on faisait comme si le CRSSS avait un pouvoir de décision (Lettre conjointe du sous-ministre et du Directeur général du CRSSS). A ce moment-là, on doublait au niveau du CRSSS, à peu près toutes les activités budgétaires faites au Ministère."

"Certains ministres ont supporté le projet, d'autres non! De plus, un projet décentralisé, ça dérange beaucoup les technocrates du Ministère qui voient une partie de leurs prérogatives transférées aux CRSSS. Du côté des CH, c'est sans doute le groupe qui s'est le plus farouchement opposé à toute décentralisation budgétaire. Les CH auraient été d'accord à cette

idée, à la condition que ce soient eux-mêmes qui la gèrent cette décentralisation."

Sur l'impact de leur composition sur leurs mandats, les intervenants rencontrés au sein des CRSSS expriment les opinions suivantes:

"Il faut sortir le système où se confrontent des acteurs divers sauf les bénéficiaires."

"Si on parle d'un système fondé sur la concertation, si on dit que les besoins sont définis par des professionnels, il y a des chances que, le milieu des CRSSS étant un lieu où se font les jeux de relations de pouvoir entre les acteurs, la concertation sur la définition des besoins fondée sur des opinions de professionnels amène ceux qui ont le plus de pouvoir vis-à-vis la définition des besoins à imposer dans leurs jeux de pouvoir au CRSSS, les besoins que eux priorisent en fonction de leur technologie. Ca risque d'amener le CRSSS dans une voie qui n'est pas nécessairement celle qui répondrait aux besoins de la population!"

Au regard de la gestion budgétaire proprement dite:

"Toute la méthode standardisée à l'échelle provinciale pour l'allocation régionale et sous régionale du budget n'est pas suffisamment adaptée aux spécificités régionales et sous régionales."

"Plus une région est pauvre, plus, avec les méthodes actuelles, elle continue à s'appauvrir."

L'incohérence de la structure budgétaire actuelle est également soulignée:

"on est en situation conflictuelle avec une programmation budgétaire basée par catégorie d'établissements et non pas par réseau de services.

"Quant on s'aperçoit qu'un établissement s'en va en déficit on agit comme intermédiaire et aviseur au Ministère pour permettre à l'établissement d'éviter le pire. On agit comme médiateur. Mais les analyses

peuvent être ou ne pas être prises en considération. Le CRSSS là-dessus est entre l'arbre et l'écorce."

"Faites des choses, nous dit-on, mais ne faites pas de vague". Dès que ça fait une vague ... on tasse les CRSSS et la machine bureaucratique de l'Etat se substitue au CRSSS et lui fait porter l'odieux de la situation."

Enfin, les intervenants rencontrés expriment leur déception quant au rôle joué par les agents de liaison du Ministère:

"L'agent de liaison qui débarque chez nous et qui joue au sous-ministre, qui nous apporte des "supposées réponses qui ne tiennent pas compte de nos réalités régionales" et qu'on doit réparer les "pots cassés". Ca nous crée plus de problèmes que d'autres choses". Pour nous, la formule des agents de liaison c'est "fou à lier". C'est plus compliqué que ça ne l'a jamais été!

4.4 Le discours au sein des établissements

Les établissements ont, dans le réseau complexe des services de santé et des services sociaux, la responsabilité de la production des services requis par la clientèle. Ils ont pour s'acquitter de ces responsabilités un contingent de ressources professionnelles et matérielles qu'ils peuvent acquérir et retenir en leur sein grâce aux budgets qui leur sont alloués par l'Etat.

Les établissements se questionnent sur la notion même de budget. Les gestionnaires en viennent à s'interroger sur leur véritable rôle à cet égard:

"Je ne suis pas capable d'embaucher faute de budget, je ne suis pas capable de congédier à causes des conventions collectives, je ne suis pas celui qui

prescrit, je ne choisis pas ma clientèle, je ne fixe pas mon prix ... et je suis responsable du budget ..."

La notion de budget aux dires des établissements a perdu son sens premier.

"Le budget est devenu une fin en lui-même plutôt qu'un moyen. On vit pour le budget et on est préoccupé par la nécessité de se rapprocher le plus possible du budget approuvé davantage que par la nécessité de fournir un niveau de service à la population."

"Finalement les budgets doivent être assujettis aux crises. Quand on fait la manchette, quand une de nos clientèles fait la "une" des journaux, là les budgets sont là. Par un curieux hasard, on en trouve".

"On a un système "pourri" où l'allocation du budget n'a pas de bon sens. Le bon gestionnaire est pénalisé:

- *sa base est non révisée;*
- *la contrainte devient récurrente;*
- *de plus, l'indexation de son budget se fait sur un montant moindre."*

Les établissements attribuent cet état de fait, au degré accentué de centralisation du processus d'allocation qui leur laisse peu de marge de manoeuvre.

"Le degré de centralisation est très grand. Au niveau du processus on ne sait pas comment ça se fait. Tout ce qu'on sait, c'est qu'à un moment donné on reçoit le budget. On ne connait pas à l'avance le taux d'augmentation, on ne tient pas en compte les taux d'augmentation que les établissements doivent supporter au niveau de la CSST, des assurances etc. Si on veut que les établissements planifient, les augmentations de budgets devraient tenir compte des augmentations de coûts."

"Le système est extrêmement centralisé et ne fournit pas des objectifs de services. Ce ne sont que des

objectifs budgétaires fondés sur une formule budgétaire historique qui perpétue d'une année à l'autre l'ambiguïté."

Et ce même si l'autonomie des établissements demeure un élément majeur de la problématique:

"Un des problèmes fondamentaux du système budgétaire réside dans l'absence de contrôle au niveau de l'Etat. Chacun des 799 établissements a un conseil d'administration et même si l'Etat veut modifier la vocation d'un établissement, il ne peut pas. Quand les hôpitaux ont décidé dans le passé par résolution de leur Conseil d'administration d'aller en déficit, ils l'ont fait."

Au surplus, il semble qu'on ait affaire à une surréglementation entourant le processus:

"Il y a une rigidité des règlements. Dans le fond, on administre des conventions ou des règlements ... ou administre un processus dont on ne mesure pas toute l'amplitude budgétaire. Pour régler les problèmes budgétaires, ce serait vraiment d'en arriver à moins de rigidité, plus de flexibilité pour l'administration".

Face au niveau central, les établissements et leurs dirigeants insistent sur la prédominance de la variable politique:

"Le Conseil des ministres décide à partir des promesses ou à partir d'un nouveau ministre et décide de ses priorités ... et ça descend ... ça change et ça n'a rien à voir avec le processus qu'on a enclenché en bas là-dessus. On continue à nous demander de faire ce processus pour entretenir la machine".

Même si le recours aux filières publiques comporte des risques:

"Face à de gros enjeux, il est difficile de jouer la carte politique plutôt que la carte technocratique. Mais certains intervenants font des pressions poli-

tiques. Il faut comprendre le système globalement: c'est la politique qui dit au fonctionnaire de couper. Le système global est bloqué de partout. Parfois, quand le dossier passe bien au niveau technocratique, un dernier bout de chemin peut être fait par la politique. Mais on ne peut procéder continuellement de cette façon. De plus, si on court-circuite les technocrates et les bureaucrates, ça peut jouer contre soi par la suite."

Les priorités dont sont porteuses ces filières constituent d'excellents créneaux pour obtenir des fonds.

"Dans la région de Montréal, on a utilisé l'engorgement des urgences pour aller chercher de l'argent. Chez nous, on n'a pas d'engorgement. On a utilisé un autre motif..."

En bout de ligne, plusieurs admettent tout essayer:

"J'ai un compte de 200 000 $ accumulé de matériel pour des services rendus dans un département XYZ. Je veux me faire rembourser mais le Ministère refuse. Là, je m'adresse à l'agent de liaison du Ministère ... là ça ne bouge pas trop trop! Là tu vas voir son boss ... c'est pareil ... Le recours au CRSSS? Il a rien à voir avec ça ... d'ailleurs le CRSSS est d'accord ... il est toujours d'accord quand le dossier est bien monté. Là, tu amènes ça au niveau du sous-ministre adjoint? Il faut encore aller plus loin que ça! Là tu cries ... ça ne marche pas! Tu retournes chez toi et vas voir ton député. Si celui-ci est influent, tu as des chances de recevoir un peu plus tard un coup de fil: "M. le directeur général, pouvez-vous nous parler plus longuement de votre problème? ..." Bref, si on a persisté à être bon, on réussit à l'avoir. Le voisin qui a moins persisté ou qui n'a pas les bons appuis, lui, il ne l'a pas!"

A l'égard du Ministère, le commentaire dominant des établissements porte sur la fluctuation dans les règles du jeu et la fiabilité de ce dernier. De plus les gestionnaires allèguent de la distance entre le Ministère et les réalités des établissements.

"Au Ministère, on n'essaie pas de comprendre la réalité des établissements, on regarde où on peut faire absorber les coupures. Par exemple, le travail du sous-ministre est global: il répond à une coupure globale et ses supérieurs ne regardent pas où il a coupé mais si il a réussi à tout couper ce qu'on lui a demandé ... De plus, les changements successifs du fonctionnement du Ministère (de représentant financier à agent de liaison par exemple), font que ces gens ne connaissent plus les réalités des établissements. Ca devient carrément inutile de communiquer avec eux. Ils ne sont préoccupés que par la capacité de l'établissement à atteindre l'équilibre budgétaire."

Le rôle de l'agent de liaison est même sérieusement discuté:

"Le représentant financier du Ministère on en entend parler quand sur le rapport trimestriel on avise qu'on s'en va en déficit."

"L'agent de liaison depuis les 2 ou 3 dernières années a été un personnage plutôt "fantômatique". Nous on juge plus sûr d'aller du côté de la fédération des CLSC."

La rigidité, la clarté et la variance interannuelle des règles du jeu sont également dénoncées tant au niveau du Ministère qu'à celui des CRSSS:

"Au niveau de l'Etat, il y a un manque de rigueur et une absence de règles claires d'une année à l'autre. On introduit constamment de nouvelles méthodes, de nouvelles techniques, de nouvelles règles du jeu ..."

"On fait l'exercice de priorisation pour le CRSSS, mais on sait très bien finalement que c'est futile et on le fait depuis 7 ans ... on est tanné! Parce que ça revient toujours à la même chose. Et on se dit, dans le fond si on ne le fait pas, tout d'un coup que le Ministère met en application sa menace de procéder de façon rationnelle ... on est fait."

Mais ces variations dans les règles du jeu n'empêchent pas les établissements de voir la rigidité du système confirmée dans l'attitude du Ministère:

> *"Ce qu'on observe, c'est une tendance du Ministère à vouloir tout normaliser, à prédéfinir à l'avance comment les choses doivent être faites partout. Si ça fonctionne bien quelque part, ça doit fonctionner partout."*

> *"On a l'impression que c'est le Ministère qui gère les établissements."*

Cette situation semble bien se traduire dans la problématique des systèmes d'information.

> *"Il n'y a pas de relation entre ce qui est fait à l'interne par les systèmes d'information de gestion financière et le système d'information du Ministère. Il y a donc double production d'information. L'ensemble du Ministère ne veut pas comprendre: il voudrait que les établissements organisent leur gestion interne en fonction de cela."*

> *"Le problème c'est qu'on a un manuel de gestion financière qui est imposé aux hôpitaux par le Ministère, il y a une structure des finances dans l'hôpital qui est limitée dans ses ressources qui a un système comptable qui doit répondre au Ministère. Ce n'est donc pas une comptabilité de gestion qui nous donne les outils qu'il faut pour faire une comptabilité de prix de revient à l'interne."*

L'inefficacité de ces systèmes eu égard à la nécessité d'évaluer les performances a amené à recourir à des opérations ponctuelles dont les établissements remettent en cause la cohérence.

> *"L'expérience 85 (BLITZ) a profité aux établissements délinquants dans le réseau, car ils ont vu leur base relevée."*

"L'opération BLITZ a permis d'identifier précisément la nature et le niveau de cette sous-budgétisation. Si bien, que lorsque les compressions budgétaires sont imposées, la question se pose quant à la cohérence du discours: l'hôpital ne peut pas dire en même temps au Ministère qu'il est sous-budgétisé de 6 millions et réaliser la même année une compression budgétaire sans affecter les services."

A l'égard des CRSSS, l'aspect majeur qui ressort des considérations des établissements porte sur leur fiabilité et leur efficacité comme instances décisionnelles. Les commentaires qui suivent reflètent cette situation:

"C'est très centralisé, il n'y a pas de véritable pouvoir dans les régions même si on fait l'opération d'identification des besoins pour les budgets de développement. En plus de ça, on prend pas de chance, on se dépêche tous, les directeurs généraux, de renvoyer la même lettre qu'on envoie au CRSSS, au Ministère et souvent on va faire notre lobby au Ministère pour intervenir auprès des acteurs là aussi ..."

"Au niveau des CRSSS, leur haute direction, à cause de son autorité morale, et des gens qui sont là constituent un bon point en leur faveur. Par contre, au niveau de leurs commissions de programmes, c'est inutile, lourd et on perd du temps. On y recherche un pouvoir que leurs fonctions ne leur donnent pas. De toute façon, il n'y a rien de plus sclérosant que de travailler dans des comités. Une décision de l'aménagement de service dans un établissement doit faire le tour de 4 commissions. Il doit combattre les intérêts des groupes impliqués dans ces 4 commissions: ça n'a pas de bon sens, 8 mois pour un petit programme et ça n'est même pas réglé."

"Actuellement, il y a trop de paliers traversés avant que des décisions soient prises. Il y a perte de temps et d'énergies. Exemple: au niveau des commissions, qu'est-ce que les gens de la région de l'Amiante ont à faire des décisions qui impliquent le CH de la Malbaie?"

Les établissements semblent attribuer cette situation à l'absence de pouvoir qu'on a reconnue aux CRSSS.

> *"Jusqu'à présent, le régional n'a pas vraiment joué un rôle parce qu'il n'a pas vraiment les pouvoirs, il a un pouvoir dilué."*

C'est ce qui incite d'ailleurs à le court-circuiter.

> *"Tu négocies tout le temps tes gros dossiers avec le Ministère ... puis je pense que les gars du Ministère aiment ça et c'est ce qu'ils veulent. A part ça, on a des représentants financiers: les agents de liaison au Ministère. Je n'en ai pas au CRSSS."*

> *"Au CRSSS on a donné la concertation sans les pouvoirs de se concerter. Quand le Ministère est capable de régler, il passe par-dessus le CRSSS. Si c'est une décision négative, il la réfère au CRSSS."*

> *"Les CRSSS ne peuvent pas fonctionner en tables d'établissements puis en même temps prendre des décisions sur l'allocation des budgets d'une façon rationnelle ..."*

> *"Les CRSSS sont devenus des clubs qui se partagent des gâteaux et il est devenu évident, après un certain temps que c'étaient des arbitrages sans être des choix."*

Enfin, face à eux-mêmes, les établissements évoquent la grande incertitude devant laquelle ils se trouvent quant au budget. Au surplus les marges de manoeuvre sont minces.

> *"D'un point de vue pratique, il ne se fait pas de planification budgétaire comme on devrait normalement retrouver dans les organisations, compte tenu de l'absence de budgets de développement. C'est globalement que se prennent les décisions; à partir du manque à gagner global, on répartit la coupure à effectuer. Il n'y a pas de planification rationnelle. De toute façon, comme on ne sait jamais à l'avance ce que le gouvernement va couper et ce qu'il va donner, on ne peut pas vraiment faire des choix. Devant*

l'absence de planification, le gestionnaire adopte plutôt une approche opportuniste sur des dossiers ad hoc où pour lesquels le "timing est bon". On profite de la présence publique d'un ministre pour se faire promettre quelque chose et ainsi on l'obtient parfois. Par contre, tous les autres dossiers bien étoffés n'avancent pas."

"Le budget qu'on souhaite global n'est rien d'autre qu'un gros budget détaillé surtout si l'on se rend compte que bon nombre de ses composantes (salaires, équipement, etc.) sont décidées ailleurs dans le système."

Cette situation pousse certains d'entre eux à relativiser la notion de planification:

"Normalement, on planifie et ensuite on fait le budget. Mais ce dernier a pris tellement d'importance que la planification vient après coup et on rationalise les services en fonction des budgets qu'on a. C'est le Conseil du Trésor qui donne le ton. Il ne faut pas se leurrer, la planification interne est théorique."

Même à l'interne, la situation pose problème:

"Il n'y a pas de réponse finale au comité du budget à ce premier tour parce que le Ministère fait toujours connaître ses couleurs en retard. Et cela pose des problèmes quand le Ministère sort ses budgets 3-4-6 mois après le début de l'année budgétaire et qu'il demande des économies pour les mois déjà passés!"

Quant au suivi et contrôle:

"le suivi se fait en l'absence d'un système d'information complet. On donne des statistiques régulières mais on se fie beaucoup au "well-educated pif" des gestionnaires."

Ainsi, dans la mesure du possible, la recherche d'autres sources de revenus est envisagée. Le recours aux revenus engendrés par la fondation

lorsqu'il en existe une est un bon exemple. Les gestionnaires chercheront à rentabiliser certaines opérations périphériques telles les stationnements, les casse-croûtes etc. Mais ces sources de revenus sont perçues comme minimes en comparaison avec les besoins de fonds additionnels pour se dégager une marge de manoeuvre. Leur recours oblige aussi l'établissement à faire fi des règles établies ...

> *"Quand je veux faire des sous, je suis obligé de sortir des règles du jeu. On fait un casse-croûte pour la fondation et on a fait de l'argent. Pourquoi? Parce qu'on engage le monde au salaire minimum ... Je donne mon stationnement à contrat et je fais de l'argent parce que je ne suis pas obligé de payer les tarifs syndicaux, d'avoir les bénéfices marginaux et la sécurité d'emploi."*

> *"Il y a deux moyens d'obtenir des budgets de développement - affirment les dirigeants hospitaliers-. La façon la plus efficace est par le biais des dépassements budgétaires épongés périodiquement par l'Etat. La seconde façon, c'est quand on a la chance de voir son projet pigé parmi les quelques 500 projets déposés au CRSSS. Mais là, pour l'avoir il faut jouer de contacts auprès des sous-ministres pour que ceux-ci en viennent à le voir comme prioritaire."*

> *"On m'a moi-même fait, chez moi, le reproche de n'avoir pas fait de déficit, - dira un autre gestionnaire rencontré - et ce par mon conseil d'administration."*

> *"Faire preuve d'entrepreneurship ne signifie pas faire de la spéculation foncière ou financière. Cela signifie plutôt avoir, la possibilité de créer et de gérer, en parallèle de l'hôpital des corporations privées pour gérer par exemple, le stationnement, la pharmacie, un casse-croûte, un service d'hôtellerie pour les cas de cancer, une polyclinique médicale, etc. Ceci permettrait de récupérer plusieurs millions de dollars. Actuellement, je suis obligé de faire toutes sortes de chinoiseries pour que Québec ne voit pas mon système de fondation ... comment je paie mes frais de ci ou ça, je cache mes stationnements. Le vérificateur ne se retrouve plus dans nos cachettes. Ceci est différent que de chercher à faire financer des activités hospitalières par d'autres sources commerciales."*
> *"Pour innover, il faut être déviant ..."*

Plus couramment, les dirigeants se servent de l'argument-clé du pouvoir des professionnels pour justifier l'incapacité à atteindre l'équilibre financier. Dans les hôpitaux, les gestionnaires allègueront n'avoir aucun contrôle ni sur l'activité professionnelle et sur les décisions coûteuses qu'elle encourt, ni sur les effectifs médicaux eux-mêmes, ni sur les développements technologiques introduits par les médecins, ni même sur la mission spécialisée de l'établissement, celle-ci étant à la merci des spécialités médicales.

> *"Les objectifs que l'on donne sont plutôt par exception. On sait ce que l'on ne fera pas mais on ne sait pas ce que l'on va faire. La vocation de l'établissement est à la merci des médecins et des spécialités médicales. C'est le corps médical qui fixe la vocation de l'établissement. Lorsque le corps médical change ... la vocation change et même à ce niveau ce n'est pas planifié."*

Enfin, dans les établissements hospitaliers, dans la mesure où il est connu que les professionnels de la santé, et particulièrement les médecins, détiennent un pouvoir de compétence important qui leur confère une grande autonomie décisionnelle sur la consommation des services, les gestionnaires cherchent dans certains cas à les associer aux préoccupations budgétaires de l'établissement. Ceci a cependant ses limites comme l'affirment certains administrateurs rencontrés

> *"Il y a une limite à tenir le couvercle sur une marmite qui bouille de plus en plus."*

Il faut souligner que cette stratégie fut, aux dires des directeurs généraux rencontrés qui l'ont tentée, relativement profitable et ce, en dépit des obstacles politiques qu'elle comporte. D'autres allèguent un point de vue contraire sur ce point:

"Mon expérience des dernières années ... plus on cherche à impliquer les médecins, plus ils s'en désintéressent car ils s'aperçoivent que c'est une barrière pour eux."

"Peut-on penser sensibiliser le médecin à la gestion? Il n'est pas formé pour être gestionnaire, il est formé pour pratiquer. C'est le problème du système public."

"Il y a le phénomène aussi qu'à une époque, les médecins étaient les patrons dans les hôpitaux et à la Révolution Tranquille, on leur a dit de faire de la médecine et de laisser l'administration à d'autres. Et on a mis des cadres dans les départements qui étaient des techniciens cliniques. Quand les restrictions budgétaires arrivent, les finances vont mal etc., on dit aux médecins de revenir gérer!"

Les établissements en arrivent à questionner la possibilité pour eux de poursuivre les objectifs propres à deux systèmes différents:

"Il y a un curieux phénomène qu'il faut rappeler. Les hôpitaux sont des organismes socialisés, ils relèvent d'un système socialiste. Tout vient de l'Etat. Si le gestionnaire pouvait ouvrir et fermer le robinet dans un hôpital, il n'y aurait pas de problèmes budgétaires. Le médecin, lui, vit dans un système de libre entreprise, dans un système capitaliste. Un système capitaliste vient oeuvrer dans une boîte socialisée... c'est pas mal unique".

Enfin, pour toutes les catégories d'établissements, un recours de plus en plus utilisé est celui de l'association d'établissements. On utilise son association comme porte-parole auprès du Ministère, pour ouvrir vers le haut de la pyramide des voies de communication de plus en plus difficiles, à cause de la distance perçue comme accrue qui sépare les établissements des instances décisionnelles supérieures du système.

4.5 Faits saillants

Telles sont donc là les perceptions et les comportements avoués des intervenants au regard du processus budgétaire et des rôles exercés par les principaux acteurs engagés dans ce processus dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'objectif ici étant essentiellement de traduire les perceptions qui se dégagent de façon consensuelle des acteurs eux-mêmes, ceux-là mêmes qui vivent ce processus, en faisant l'hypothèse que la somme et la convergence de ces perceptions fourniraient une indication des caractéristiques de ce processus, des problèmes vécus et du climat qui prévaut dans les rapports entre les acteurs. De la lecture de ces citations, trois constatations se dégagent. Premièrement, il s'agit, bien sûr de visions et de perceptions des acteurs. Il est, à cet égard, notoire de constater que chacun juge le processus budgétaire et les autres acteurs à travers le prisme de ses propres valeurs, attentes et expériences personnelles.

En second lieu et, découlant de ce qui précède, la perspective globale... la vision intégrée d'un système socio-sanitaire doté de finalités et d'un processus budgétaire devant être un des moyens pour les réaliser est peu présente dans le discours des acteurs. Chaque niveau semble avoir ses finalités et sa rationalité propres et l'intégration des finalités spécifiques de chaque niveau à l'ensemble des modalités du système semble peu présente.

Enfin, on peut constater qu'au-delà du processus logistique formel et de sa logique, se profile une dynamique complexe dans laquelle les acteurs, leurs valeurs et leurs perceptions sont en constante interaction. On a pu y noter que les structures actuelles du processus semblent induire chez les intervenants des attitudes et des comportements qui confèrent à ce processus des caractéristiques qui lui sont propres. Bien qu'il soit impossible d'affirmer avec certitude que les structures actuelles du processus soient à l'origine des attitudes et des comportements relevés dans ce chapitre, (il se pourrait même que ce puisse être l'inverse!) il est par ailleurs difficile de penser que, tel un échiquier fournit la base et l'encadrement du jeu d'échec en dehors duquel le jeu serait impossible, les structures formelles du processus et les carences qui y sont relevées par les acteurs ne soient pas de nature à induire, du moins partiellement, les comportements qu'on y observe.

Le chapitre trois portant sur une description de la logistique et le chapitre quatre relatant l'opinion des acteurs constituent les bases à partir desquelles il est possible de lire ce processus et d'en faire ressortir les caractéristiques et les problèmes en vue d'en tirer des enseignements utiles pour l'avenir. C'est à cette lecture que seront consacrés les deux prochains chapitres.

CHAPITRE 5

PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

Le présent chapitre adopte un point de vue systémique à l'égard du processus budgétaire.

L'analyse repose sur trois postulats fondamentaux. Premièrement, à l'instar de tout système, le système des services de santé et des services sociaux a une finalité qui lui est propre: celle de promouvoir à partir d'une gamme plus ou moins étendue de services et de programmes la santé et le bien-être de la population du Québec. L'ensemble des composantes de ce système doit donc converger vers la réalisation de cette finalité.

Deuxièmement, la loi constitutive du Ministère répond aux objectifs socio-sanitaires devant l'Assemblée nationale, mais les lois organiques et professionnelles confèrent des droits décisionnels à plus de 12 000 professionnels et 900 conseils d'administration d'établissements.

Troisièmement, le processus budgétaire est un sous-système de ce système. Il a lui aussi sa finalité propre: celle de fournir et de distribuer aux différentes composantes du système des services de santé et des services sociaux, les fonds nécessaires à l'obtention et à la rétention des ressources humaines et matérielles requises pour la réalisation des finalités de ce dernier.

Le processus budgétaire est aussi un facteur déterminant de l'orientation du système socio-sanitaire dans la mesure où les choix d'allocation qui y sont faits doivent orienter directement les énergies productives tant au niveau des individus que des composantes organisationnelles du système. Dans cette perspective, le processus budgétaire est un moyen essentiel pour la réalisation des finalités du système.

L'analyse qui suit fait ressortir quatre caractéristiques de ce sous-système. Ces dernières sont: le mode d'allocation, la structure, les caractéristiques de sa régulation interne et le corollaire des trois caractéristiques précédentes quant à la nature et à la finalité même du processus budgétaire.

5.1 Le mode d'allocation

Il est connu que la masse monétaire globale versée par le gouvernement du Québec au système socio-sanitaire est actuellement de 7,627 milliards et qu'elle compte pour environ 25% de l'ensemble du budget du gouvernement du Québec.[1]

Tel qu'il fut mis en évidence au chapitre trois, le mode d'allocation intersectoriel du budget du gouvernement du Québec se fonde essentiellement sur les prévisions de l'évolution des principaux indicateurs économiques (I.P.C., P.I.B., cote financière du gouvernement, niveau d'endettement public, niveau de taxation). Ces indicateurs, ainsi que les orientations

---

1 Ministère des Affaires sociales: Le système de santé et des services sociaux au Québec, 1985.

politiques du gouvernement sont à l'origine de la politique fiscale et budgétaire qu'il se donne et cette dernière permet de déterminer quelle sera la marge de manoeuvre dont il disposera pour le prochain exercice financier.

C'est donc à partir de la fixation d'un taux d'indexation appliqué au budget global de l'année antérieure et des choix portant sur les moyens à prendre pour maintenir l'équilibre budgétaire que s'enclenche l'exercice annuel de budgétisation.

Un plafond se trouve ainsi imposé aux dépenses publiques. Le niveau de ce plafond se fonde essentiellement sur la perception qu'ont les dirigeants et, en particulier, le ministère des Finances, le ministère du Revenu et le Conseil du trésor, de la capacité globale de payer de l'Etat; tenant également compte, d'une part, de ses engagements financiers (ex. renouvellement des conventions collectives, remboursements d'emprunts etc), et, d'autre part, des priorités politiques du gouvernement: souvent celles qui découlent des engagements électoraux qui l'ont porté au pouvoir.

Au niveau du réseau socio-sanitaire, le Manuel de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux décrit clairement le processus incrémentaliste (par accroissement à la marge) de la budgétisation du réseau:

> *"Le montant du budget approuvé de l'année précédente où tout autre montant établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux est la base servant au calcul des composantes budgétaires" (2.2.1)*

L'exercice annuel de décision budgétaire procède d'abord par l'affectation de taux d'indexation sur les dépenses autorisées des différents programmes récurrents et par l'imposition subséquente, après l'obtention des autorisations pertinentes du Conseil du trésor, d'une enveloppe budgétaire pour chaque établissement. Cette enveloppe budgétaire devient à son tour le plafond qu'impose le ministère de la Santé et des Services sociaux aux différents établissements de son réseau. Issue du début de la chaîne organisationnelle du système, cette approche se perpétue aux maillons suivants de la hiérarchie et transcende l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Les budgets des établissements sont la reconduction des budgets de l'année précédente indexés, à l'intérieur desquels une large proportion va à des dépenses récurrentes décidées aux plus hauts niveaux de l'appareil politique et administratif du gouvernement et sur lesquelles les administrations des établissements n'ont pratiquement rien à dire (ex. salaires et coûts de système calculés dans l'agrégat sur la base des engagements pris par l'Etat dans les conventions collectives négociées centralement; prix des fournitures calculé aur la base d'un indice des prix des fournitures IPF: sorte d'équivalent de l'IPC pour le calcul de l'augmentation du prix des fournitures médicales et chirurgicales, etc).

Une telle approche tient peu compte des facteurs de variation coûts spécifiques au réseau (alourdissement des clientèles et impacts sur les programmes et les services, désuétude des équipements, vétusté des immeubles, etc...) puisque tout est décidé au niveau central et dans l'agrégat. Les budgets locaux se trouvent en effet déterminés à partir des

grands indicateurs économiques tant dans leurs parties récurrentes que dans le calcul des coûts de système.

Au niveau des établissements, bien qu'il fut constaté que, dans certains d'entre eux, une démarche plus ou moins systématique de planification est appliquée, parfois même décentralisée au niveau des départements, l'allocation interne des ressources ne s'effectue également qu'à la marge pour la majorité d'entre eux. Il ne saurait en être autrement puisque l'allocation interne des ressources se fait à partir de l'enveloppe budgétaire globale décidée au MSSS et à la laquelle l'établissement doit se conformer dans l'élaboration d'un budget détaillé et, le cas échéant, dans la soumission d'un plan d'équilibre budgétaire.

D'ailleurs, le recours à l'exercice dit de planification stratégique, auquel les administrateurs d'établissements furent incités par un comité du Ministère pour améliorer leur gestion (comité dit de coordination formé de représentants du MSSS, de la conférence des CRSSS et des associations d'établissements chargés en novembre 1984 "d'interroger le réseau des Affaires sociales sur les processus en usage et se rapportant aux trois aspects suivants: planification, budgétisation, contrôle et suivi du budget") est peu pratiqué en période de compressions budgétaires, étant plutôt perçu comme une pratique utile pour la planification du développement. En l'absence de développement, cette pratique est perçue comme créant des attentes qu'il faut par la suite réprimer, faute de fonds pour les satisfaire. Cette perception doit être nuancée dans la mesure où il y a eu des expériences concrètes et concluantes de planification

stratégiques dans certains hôpitaux faisant face à des compressions budgétaires (Villeneuve, 1986.)

Le comité mentionné précédemment avait également constaté que 63% des répondants (N=79) affirmaient ne pas faire de planification à moyen terme de leurs activités et que 62% disaient ne pas avoir de politique de gestion des immeubles et de l'équipement. Ceci est d'autant plus explicable que tel que mentionné au chapitre 3, la Loi d'assurance hospitalisation n'autorise pas l'inclusion de l'amortissement dans les états financiers des établissements.

Bref, le processus budgétaire est essentiellement incrémentaliste et la planification de même que la programmation se trouvent limitées à la marge des ressources additionnelles consenties par l'indexation.

5.2 La structure du budget

L'allocation budgétaire s'effectue en prenant comme base l'établissement et ce, en dépit du fait que la structure budgétaire porte officiellement l'appellation de budget par programme. Elle comporte huit programmes qui correspondent en gros aux différentes catégories d'établissements. Ces programmes ont été décrits au chapitre deux. (Voir l'annexe 3.)

Cette notion de programme telle qu'employée à ce niveau ne correspond pas à celle employée dans le réseau de la santé et des services sociaux pour désigner la programmation socio-sanitaire qui y est développée. Le relevé historique présenté au chapitre 2 de cette recherche a montré, à cet

égard, qu'à l'origine, on avait effectivement conçu la structure budgétaire en fonction de la programmation socio-sanitaire mais qu'il s'était par la suite avéré plus opportun de revenir à une structure par catégorie d'établissement.

Pourquoi être revenu à cette structure? Le modèle de structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux fournit la réponse à cette interrogation. En effet, dans la mesure où l'on considère que le processus budgétaire doit être calqué sur la structure du système dans lequel il s'insère, cela va de soi qu'un budget et un processus budgétaire conçus par programme socio-sanitaire se trouverait en contradiction avec la structure par établissement sur laquelle il devait se modeler.

C'est comme si pour rencontrer ces idéaux d'approche globale, de continuité des services qui étaient l'appanage de la réforme Castonguay-Nepveu, on avait implicitement cru que la structuration budgétaire par programme socio-sanitaire serait une condition nécessaire et suffisante pour inciter les établissements à la complémentarité que ces idéaux requièrent. Le retour rapide à une structure budgétaire par catégorie d'établissement confirme que c'était se leurrer; cette dernière étant le calque parfait de la réalité structurelle du système.

Une structure budgétaire par programme socio-sanitaire est certes une condition nécessaire. Elle est sans doute, en raison du pouvoir de l'argent, une des plus importantes conditions, mais elle n'est pas suffisante à elle seule pour réaliser la complémentarité institutionnelle que requiert

une programmation socio-sanitaire. Les structures même du système constituent à cet égard un des facteurs les plus déterminants de cette complémentarité. Or ces structures sont demeurées inchangées.

Le retour à une programmation par établissements, un peu à rebours, semble-t-il, puisque l'appellation de programme est demeurée dans le vocabulaire du processus budgétaire pour la déguiser subtilement, contribue à renforcer la position des établissements dans le système au détriment de la vision globale plus large qu'offre une approche par programme.

Il s'ensuit que les efforts d'intégration inter et transinstitutionnelle des services aux bénéficiaires se buttent à la catégorisation institutionnelle de l'allocation et ultérieurement du suivi et du contrôle des ressources (ex. l'allocation des ressources aux programmes de personnes agées débordant le cadre des activités des centres d'accueil). Elle a également incité à la mise en place de structures de concertation régionale fondées sur la catégorisation par établissement dont la force relative sur l'échiquier du partage régional des ressources est reconnue. De plus le caractère naturellement égocentrique des établissements place ces derniers en situation de concurrence et de confrontation pour les ressources. Ceci est peu propice à la complémentarité institutionnelle requise pour la réalisation des objectifs de continuité et d'approche globale dans la production des services socio-sanitaires.

Au niveau de la gestion interne, la gestion budgétaire s'effectue par centres d'activités alors que la gestion proprement dite se fait par centre

de responsabilités, obligeant particulièrement dans les CLSC, les CAH, et les centres hospitaliers psychiatriques, à des réinterprétations de leurs données et de leurs activités.

En somme la structure budgétaire actuelle par catégorie d'établissement contribue à accentuer la présence et la fragmentation institutionnelles de l'intervention socio-sanitaire au détriment des programmes inter et transinstitutionnels. Elle incite au déplacement des objectifs puisque ceux de l'expansion institutionnelle prennent le pas sur ceux de continuité et d'approche globale. Une condition fondamentale du fonctionnement homéostatique de tout système ouvert n'est pas ici rencontrée: celle du respect de la primauté des objectifs du système sur ceux de ses parties. Le principal intrant, la principale source d'énergie du système de soins à savoir: l'argent qui y est investi, est réparti sur une base qui incite au fractionnement institutionnel et qui complique de ce fait la recherche de complémentarité.

Tel qu'il en sera question dans la prochaine section, les modalités de régulation amplifient d'ailleurs cet état de fait.

5.3 Les caractéristiques de la régulation interne

La fonction de régulation ou d'autorégulation de tout système repose sur trois conditions; en premier lieu, sur la pertinence et la disponibilité de l'information propre à fournir aux décideurs du système le feedback qu'ils requièrent; en second lieu, sur leur capacité à porter, à l'égard du système, des jugements évaluatifs précis et valides et, en troisième lieu,

sur la rétroaction qu'ils doivent exercer sur le système afin, le cas échéant, d'en corriger ou d'en renforcer les actions.

5.3.1 La pertinence et la disponibilité de l'information

Le système de comptabilité des établissements de santé et des services sociaux est un système de prix de revient conçu par centre d'activités et non pas en fonction du coût réel des pathologies médicales ou sociales qui y sont traitées. Le manuel de gestion financière préparé par le Ministère définit d'ailleurs chacun des centres d'activités et les différentes composantes qui entrent dans leurs coûts. L'annexe 6 présente la liste de ces centres d'activités pour chaque catégorie d'établissements et de leurs unités de mesure.

Au regard de ce système d'information, les établissements de santé et de services sociaux sont tenus de produire au Ministère trois types de rapports en plus, bien sûr, du budget détaillé annuel et, le cas échéant, du plan d'équilibre budgétaire. Ces trois types de rapports sont en premier lieu, le formulaire mensuel AS-445 indiquant "l'évolution du principal facteur de dépenses de l'établissement, soit la masse salariale de l'exercice en cours comparativement à celle de l'exercice précédent". En second lieu, un rapport trimestriel sur le formulaire AS-444. Ce rapport "... permet de comparer les heures rémunérées et les dépenses réelles à celles qui sont budgétisées pour les trimestres écoulés ... celles de l'exercice précédent versus celles de l'exercice en cours. En outre, il vise à mettre à jour les données financières (revenus et dépenses) de l'ensemble de l'exercice par rapport au budget approuvé des dépenses de

façon à connaître la situation financière prévue à la fin de l'exercice". Enfin le troisième rapport consiste en la production des états financiers annuels au moyen du formulaire AS-471, AS-477, AS-479 H, AS-479 R (selon le type d'établissement) rendant compte de l'état des fonds d'exploitation et d'immobilisation de même que des autres fonds et fournissant des renseignements complémentaires entre autres sur les revenus et dépenses, les centres d'activités et la composante détaillée du budget.

Parallèlement, le formulaire "abrégé admission\sortie AH-101-P est complété par le service des archives de chaque établissement hospitalier pour chaque hospitalisation et expédié périodiquement au service ministériel de gestion des systèmes. La division MED-ECHO du Ministère permet la production d'informations sur les diagnostics principaux et associés, les fréquences des actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux, les départs et les jours d'hospitalisation en plus de nombreux croisements statistiques de ces variables agrégés en fonction des utilisateurs tant au niveau des établissements qu'au niveau du MSSS.

Tous ces systèmes paraissent dans leur conception produire des informations essentielles pour la régulation du système. Cependant, ils ont le défaut d'avoir été développés en parallèle, de sorte qu'il est à l'heure actuelle difficile de les faire communiquer entre eux dans le but de produire des informations reliant l'information clinique et l'information comptable pour les mêmes catégories de diagnostics ou de problèmes. Il est alors impossible de fournir aux décideurs du système budgétaire les

informations leur permettant de porter un jugement éclairé sur les performances réelles des établissements.

Dans le domaine des services sociaux, la situation est plus aiguë du fait que les problèmes sociaux sont moins bien définis que les problèmes de santé. L'auteur d'un rapport produit pour le compte de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux affirme: "Les services sociaux sont difficilement mesurables et se prêtent peu à l'utilisation d'unités de mesure en raison des nombreux écarts dans la façon de définir les problèmes et encore plus dans la manière d'intervenir pour les résoudre ... Il n'existe pas de taxonomie des "actes sociaux" représentant la gamme complète des gestes professionnels qui peuvent être posés"[2]. Il est, par conséquent, impossible d'élaborer des systèmes d'information permettant une comparabilité valide et fiable des performances et susceptibles de fournir aux régulateurs du système les informations requises pour le suivi, le contrôle et subséquemment l'allocation des ressources. Toute l'information produite dans ce secteur et fondée sur des indicateurs appliqués uniformément est sujette à caution. Elle doit être interprétée en tenant compte des particularités institutionnelles et professionnelles qui les ont produites.

Dans d'autres secteurs il n'existe aucun système d'information pour rendre compte des activités ou des résultats. C'est précisément le cas des services de santé mentale, des services d'urgence, des ressources alternatives de

---

2 Poulin, M. "L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux." Document interne. Rapport présenté à la commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, Avril 1977, p. 36.

même que des services rendus à certaines clientèles (ex. les personnes handicapées).

Il en résulte que le processus budgétaire se gère essentiellement par les intrants et par les processus et ne tient pas compte des performances réelles des professionnels, des établissements et des régions.

Outre le fait d'être parcellaire en raison de ce qui précède, l'information est fragmentée. Puisque les données sont colligées par centres d'activités et par catégories d'établissements et que de plus, elles le sont par des moyens informatiques souvent différents et non nécessairement compatibles d'un établissement à l'autre, il est actuellement impossible de suivre le cheminement d'un bénéficiaire à travers le système au cours d'un même épisode de soins. Il est donc, par conséquent, très difficile d'utiliser des indicateurs socio-sanitaires et économiques de continuité et d'accessibilité inter-institutionnelle des services pour évaluer les performances. L'évaluation des programmes trans et inter-institutionnels n'est alors possible qu'à la condition de mettre en place pour ce faire, autant d'infrastructures d'évaluation qu'il y a de programmes, autant de mini systèmes d'information qu'il y a de programmes. Outre la somme considérable d'efforts, de temps et de ressources qu'impliquent ces opérations, le développement parallèle d'autant de mini systèmes se fait sans plan d'ensemble intégré et peut occasionner des dédoublements et des coûts considérables.

Ce problème est d'autant plus aigu que les tendances actuelles vers la désinstitutionnalisation et le maintien à domicile font que la cueillette

d'information sur le cheminement du bénéficiaire et sur les coûts qu'il engendre deviendra de plus en plus problématique; ce dernier n'étant plus captif d'une ou de plusieurs institutions.

5.3.2 Absence d'évaluation des performances

Découlant de la situation précédente, l'allocation budgétaire, à l'échelle du réseau, s'effectue, à l'heure du présent rapport, sans aucune base de comparaison autre que le budget de l'année antérieure et la performance historique de l'établissement. L'opération BLITZ s'est avérée une opération d'audition destinée à corriger les inéquités dénoncées par les administrations hospitalières. Ce ne fut cependant qu'une opération ponctuelle non reproductible en raison des forts investissements en temps et en ressources qu'elle nécessita. Aucune évaluation comparative des performances institutionnelles n'est possible depuis que la MRBB (Méthode de révision de la base budgétaire) a été retirée pour les hôpitaux. Quant aux autres catégories d'établissements, de telles méthodes systématiques d'évaluation des performances en termes de résultats atteints n'existent pas, bien que des efforts soient faits en ce sens, en particulier pour les CLSC et les CSS..

Au niveau des programmes, en raison des problèmes informationnels mentionnés précédemment, il n'y a pas de mécanisme permettant l'évaluation systématique et continue des programmes financés par le budget. Les évaluations au niveau provincial ne se font pas, mis à part les initiatives du service d'évaluation du Ministère portant sur des programmes précis et intervenant ponctuellement au gré des enjeux politiques qui les initient.

A cela s'ajoute que l'absence d'évaluation systématique des programmes conduit soit à ne jamais remettre en question le bien fondé des programmes existants puisque ceux-ci ont tous une certaine légitimité sociale et qu'il est politiquement non rentable d'enlever des privilèges déjà acquis, soit à les retrancher sur la base de critères essentiellement économiques ou politiques avec le risque que les programmes retranchés ne soient pas nécessairement ceux qui auraient dus l'être si l'on se place du point de vue des besoins.

5.3.3 Délais et longueurs décisionnelles

Le processus est lent. L'ensemble du processus incluant la préparation, l'exécution et les procédures de reddition de comptes s'étale sur trois ans. Ceci signifie donc que la préparation du budget pour une année se fait sans la connaissance complète des résultats de l'année antérieure ce qui ne peut qu'entraîner une fois de plus le recours à une méthode incrémentale.

5.3.4 La régulation au sein du réseau

Si, tel que nous avons cherché à le montrer dans les lignes précédentes, des carences importantes dans les systèmes d'information, dans les bases budgétaires pour l'évaluation des performances et dans la durée du processus ont été observées, il est dès lors possible de s'interroger sur l'efficacité du suivi et du contrôle budgétaire effectués tant au niveau local, régional, sectoriel que central du système.

Au niveau du Ministère, par exemple, en plus du problème d'intégration de l'information clinique et comptable mentionné précédemment, les commentaires recueillis sur les agents de liaison portent en effet à croire que les principaux analystes de la situation financière des établissements au Ministère sont débordés et doivent fonctionner par exception et de façon ad hoc plutôt que d'analyser en profondeur la situation de chaque établissement.

Ceci accrédite les commentaires reçus des intervenants du Conseil du trésor qui affirmaient avoir de la difficulté à obtenir du MSSS l'information qu'ils demandaient sur la situation financière des établissements à une date donnée.

Au niveau des CRSSS, bien qu'il existe des mécanismes pour cerner les besoins et évaluer les programmes à l'échelle régionale ou sous-régionale tels les commissions administratives de programmes et les départements de santé communautaire (DSC), ces derniers n'ont pas permis de fournir un feedback suffisamment global et ponctuel sur l'état socio-sanitaire de la population desservie ou sur les performances des établissements en matière de services pour influencer de façon marquante l'action et les décisions. Les intervenants rencontrés ont déploré, à cet égard, le manque de coordination intra et inter-régionale et les dédoublements d'activités, le peu de liens entre les résultats que produisent ces évaluations et les décisions. Ils ont souligné aussi le nombre insuffisant de chercheurs spécialisés pour leur conception et leur réalisation.

Au niveau des établissements, l'absence de feedback de la part du Ministère est déplorée. Les données produites par les établissements à la demande du Ministère, conduisent à la production de rapports qui semblent peu utilisés et jugés par certains peu utiles pour la gestion financière et opérationnelle interne des établissements. Il importe de nuancer cependant ce propos. L'information sur les clientèles, là où elle existe, constitue sans aucun doute une base importante pour la régulation opérationnelle, elle est parcellaire puisque les rapports sur l'activité clinique et ceux de l'activité financière ne sont pas plus intégrés que les cueillettes qui en furent faites. Ils ne rendent compte que de l'activité interne de l'établissement. Ils ne lui permettent donc pas de suivre l'évolution de ses bénéficiaires au-delà des murs de l'établissement ni d'y associer les coûts afférents. Enfin l'information tirée de ces rapports est trop agrégée pour qu'elle soit utile aux décisions strictement locales (Ex. le nombre d'interventions, le nombre de projets en santé communautaire, comme mesures de centres d'activités en disent peu au gestionnaire local sur la nature et les spécificités locales de ces activités). Un rapide coup d'oeil sur les unités de mesure des centres d'activités à l'annexe 6, confirme ce qui précède. Enfin, il importe de souligner que les systèmes d'information actuels ne fournissent aucune information sur les coûts directs associés aux décisions diagnostiques et thérapeutiques des professionnels. L'autorégulation économique du professionnel à ce niveau est, à toutes fins pratiques, inexistante.

En somme, la régulation est déficiente et ne permet pas de répondre de façon adéquate tant localement que régionalement et provincialement aux interrogations fondamentales du suivi et du contrôle budgétaire à savoir:

les établissements, les programmes et les professionnels sont-ils satisfaisant en termes de rapport "coûts\efficacités?

Il s'ensuit que la rétroaction sur le système est aussi déficiente. Elle s'effectue principalement par des règles budgétaires fixés à priori et qui, de surcroît, varient dans le temps. Jusqu'à tout récemment, les incitatifs négatifs ou positifs à une saine gestion budgétaire étaient pratiquement inexistants. Bien plus, par le jeu de la consolidation périodique des déficits un incitatif à la délinquance a été créé.

Les carences relevées dans les systèmes d'information, l'absence d'évaluation des performances et les problèmes de rétroaction qui en découlent constituent autant de conditions suffisantes pour conclure que le cycle budgétaire actuel considéré comme sous-système est un cycle brisé au niveau du suivi et du contrôle. La régulation économique du système tant au niveau central qu'à celui des établissements ne se fait pas autrement qu'à partir d'une appréciation des intrants et des processus. Au niveau des programmes, elle se bute à des difficultés structurelles et méthodologiques qui la rendent plutôt ponctuelle et sans plan d'ensemble.

Ces déficiences créent un vide évaluatif entre l'étape de suivi et de contrôle et celle de l'allocation budgétaire de l'année subséquente. Ce faisant, elles contribuent à en figer davantage le caractère incrémental décrit précédemment.

5.4 Conséquences sur la nature et la finalité du processus budgétaire

Les trois caractérisques du processus budgétaire décrites précédemment conduisent à confirmer l'échec des efforts d'implantation du Système de Planification, Programmation et Budgétisation (PPBS) dans le réseau socio-sanitaire québécois. Cet échec n'est d'ailleurs pas particulier à ce réseau, il est général pour l'ensemble du Gouvernement.

Ce modèle qui, tel que l'illustre le schéma ci-dessous s'inspire du principe soutenant que la décision budgétaire devrait être l'aboutissement logique d'une chaîne séquentielle d'étapes précédée par l'identification des problèmes et des opportunités sociétales, la définition des priorités, l'élaboration des politiques et des programmes.

Formellement introduite dans la gestion des affaires publiques québécoises en 1973, à la suite de la promulgation de la Loi sur l'administration

financière, cette stratégie budgétaire devait être appliquée au réseau de la santé et des services sociaux. Force est de constater qu'il n'en est rien et ce en dépit du discours officiel qui parle d'allocation par programme.

D'ailleurs, ce constat a été fait dès 1978 au sein même du Conseil du trésor dans un rapport interne dont il est fait état au chapitre 2 de la présente recherche:

Le processus budgétaire actuel ne s'inscrit pas dans cette chaîne logique décrite précédemment et qui voudrait qu'il découle d'une part de l'évaluation systématique des politiques et des programmes antérieurs, de la planification et de la programmation des activités en devenir. Dans les faits, il intervient plutôt antérieurement à ces activités. L'idée qu'il est précédé dans la chaîne causale une réflexion systématique sur les problèmes, les besoins, les opportunités et les priorités qui en découlent a peu de correspondance avec les pratiques concrètes de gestion.

Cette absence de systématisation logique du processus budgétaire n'est pas sans conséquences, particulièrement en situation de compressions budgétaires. Dans un tel contexte, les idéaux de planification systématique et de programmation conséquente des activités, même à la marge, cèdent la place à la préoccupation de l'équilibre financier dans les priorités des intervenants ... sorte d'obsession du budget qui fait que ce dernier devient une fin en soi.

Les entretiens avec les intervenants ont, en effet, permis de constater la grande unanimité des intervenants sur le fait que le principal critère de

performance dont on semble actuellement se soucier à tous les niveaux de l'appareil administratif du système de la santé et des services sociaux, est celui de l'équilibre budgétaire.

Ainsi, les critères de performance qui semblent dominer à tous les niveaux de la hiérarchie du système et pour toutes les catégories d'établissements sont le degré de conformité entres les dépenses prévues et les dépenses réelles. D'ailleurs, les principaux foyers de dépenses i.e. les salaires et les avantages sociaux lesquels comptent pour environ 80% du budget font l'objet d'un rapport mensuel et trimestriel au Ministère. Ce sont ces indicateurs de même que ceux portant sur le 20% résiduel (fournitures, médicaments etc.) qui constituent la base du jugement de performance que l'on porte à l'égard des établissements particulièrement au Conseil du trésor. Le jugement d'efficacité porte sur le respect du budget pour un volume donné d'activités. Il ne porte pas sur la qualité des services ni sur la conformité entre ces services et les besoins des clientèles ou de la population. Ces deux dernières variables sont tenues pour constantes dans tous les débats pour l'obtention des ressources.

Il s'ensuit que le discours sur les activités et sur les ressources domine largement le discours sur les besoins et les résultats. Ceci est incrusté dans la structure même du processus budgétaire et dans les attitudes des acteurs. Le caractère incrémentaliste, la structure actuelle du budget et les déficiences de sa régulation constatées dans le présent chapitre contribuent à amplifier la distance séparant ces deux discours et la dominance du premier sur le second.

Telles sont donc là les constatations que l'analyse systémique du processus budgétaire permet de dégager. Il importe de souligner que la lecture qui en est faite laisse percevoir un portrait plutôt sombre. Il ne faudrait pas pour autant conclure qu'il ne se fait rien pour tenter de le bonifier. Au fil des ans, beaucoup d'efforts ont été tentés pour améliorer ce système. Il importe de rappeler à ce titre, les efforts d'implantation du budget global, de la MRBB pour rationaliser davantage l'utilisation des ressources, les tentatives du Conseil du trésor d'attribuer au Ministère une enveloppe fermée en lui laissant plus de latitude dans la distribution qu'il en fera; que ce soient les essais récents du Ministère pour insérer dans le système des incitatifs positifs par l'octroi d'une marge institutionnelle de manoeuvre de 1% du budget d'exploitation récurrente et cumulative d'une année à l'autre si l'établissement demeure performant et par sa nouvelle politique de remboursement des surplus aux établissements performants; que ce soit dans les efforts considérables pour améliorer les systèmes d'information et en concevoir des plans directeurs de développement etc. D'autres efforts de ce type méritent mention: le développement de critères pour la priorisation régionale des budgets de développement, ceux de la normalisation des bases budgétaires pour les CLSC, les efforts amorcés par les CSS pour faire évoluer le guide budgétaire dans le sens d'un système de prix de revient par enfant, les efforts de développement de grilles d'évaluation des bénéficiaires des personnes âgées (CTMSP) et de ceux des soins psychiatriques (adaptation de la grille de New York) etc.

Mais ces efforts sont épars et s'effectuent présentement sans plan intégrateur. De plus, si tant est qu'un processus budgétaire est par définition modelé selon les modalités de fonctionnement du système

organisationnel dans lequel il s'insère, il importe de souligner que certaines carences constatées au sein du processus budgétaire prennent racine dans le système socio-sanitaire et dans ses modalités structurelles et opérationnelles de fonctionnement. L'amélioration de ce processus ne pourra se faire sans une action corrective préalable du système lui-même.

Il importe maintenant de compléter le profil de ce processus en mettant en évidence les principales caractéristiques de la dynamique qui se profile derrière les structures formelles du processus et que le discours des acteurs présenté au chapitre 4 a laissé entrevoir. Ce sera l'objet de l'analyse stratégique du processus abordée au prochain chapitre.

CHAPITRE 6

LE PROCESSUS BUDGETAIRE - UNE PERSPECTIVE STRATEGIQUE

La perspective systémique présentée au chapitre précédent est sans doute une pièce importante du portrait global du processus budgétaire mais bien incomplète. Car, tel qu'il se dégage de la lecture du chapitre sur le discours des acteurs, le processus déborde largement une démarche essentiellement systémique, organisée de façon cohérente. Il est avant tout un processus éminemment politique. Les acteurs nombreux, variés, aux intérêts différents sont en constante interaction, souvent même en compétition pour les ressources. Dès lors, l'analyse des rapports entre les acteurs engagés dans ce processus est essentielle pour rendre compte du caractère dynamique du processus.

L'analyse stratégique proposée par Crozier M. et Friedberg E. constitue une approche méthodologique particulièrement adaptée pour ce type de situation. Ces auteurs définissent l'analyse stratégique en ces termes: "L'analyse stratégique tente de définir une organisation non pas sur la base de sa logique organisationnelle ou structurelle mais sur la logique de l'acteur, de ses objectifs, de ses actions et de ses perceptions."

Ainsi l'ensemble de cette démarche méthodologique repose sur l'acteur, ses enjeux, ses stratégies et ses pouvoirs. L'acteur est alors défini conceptuellement comme un être libre, proactif et réactif, doté de projets multiples et plutôt changeants, dont le comportement a pour lui un sens et procède d'une rationalité qui lui est propre. Cet acteur a des pouvoirs.

Ceux-ci se définissent comme les atouts, les ressources dont il dispose pour agir. C'est "l'ampleur de la zone d'incertitude pertinente que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires." Le pouvoir puise ses origines de diverses sources, qu'il s'agisse du pouvoir découlant de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle (ce serait, par exemple, le cas du pouvoir de compétence des professionnels), du pouvoir lié aux relations entre l'organisation et son environnement (ex. les médecins dans leurs rapports avec les clients, l'homme politique dans ses rapports avec ses électeurs), du pouvoir lié à la maîtrise des communications et de l'information, ou du pouvoir découlant des règles organisationnelles (les détenteurs de l'autorité formelle dans une organisation).

Dès lors l'acteur se trouve engagé dans un incessant jeu de relations de pouvoir dans lequel il utilise les zones d'incertitudes qu'il possède i.e. les ressources informationnelles qu'il est seul à posséder ou à contrôler et dont il se sert dans ses échanges avec les autres pour gagner ses enjeux. L'organisation"structure et délimite le champ d'exercice des relations de pouvoir et définit les conditions auxquelles ceux-ci peuvent négocier les uns avec les autres i.e. les contraintes."

Ainsi le fonctionnement d'une organisation est la résultante de l'interaction dynamique et souvent conflictuelle de rationalités multiples et non plus le propre de la rationalité unique de son concepteur ou de ses dirigeants. Le postulat de l'analyse stratégique est que: "Le système d'action concret n'est pas un schéma a priori mais un essai de reconstitution d'un construit humain indispensable à la poursuite des activités et des relations sociales

... C'est le postulat de l'existence nécessaire d'un JEU qui permette de coordonner les stratégies opposées de partenaires en relation, de la nécessité d'un système CONTENANT pour rendre possibles les conflits, négociations, alliances et jeux CONTENUS dans cet ensemble." C'est la tâche de l'analyste stratégique d'en reconstituer le construit.

Le processus budgétaire tel qu'illustré au chapitre trois du présent rapport présente toutes les caractéristiques d'un processus organisé et structuré. Il a une structure formelle et il est doté de règles. Il existe de plus des rapports d'autorité formels bien établis par les règles régissant ces rapports notamment entre le Conseil du trésor, le MSSS, les CRSSS et les établissements. Au cours de ce processus, de nombreux acteurs se trouvent engagés par les enjeux qu'ils veulent défendre ou gagner. Ces enjeux sont, bien sûr, les budgets dont ils ont besoin. Le discours des acteurs a permis de déceler des stratégies ou des jeux de relations de pouvoir entre eux. Quels constats peut-on dégager de la dynamique des pouvoirs qui se trouve installée au sein du processus budgétaire dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois? C'est à cette interrogation qu'est consacré le présent chapitre.

En reprenant les données contenues dans le discours des acteurs, et dans les documents consultés, il est possible de reconstituer leurs enjeux, les stratégies qu'ils ont déployées et les zones d'incertitude qu'ils contrôlent.

6.1 Le Conseil du trésor comme acteur

Au Conseil du trésor, l'enjeu-clé est l'atteinte de l'équilibre financier. Au plan stratégique, il fait principalement usage de règlements et de directives auprès du MSSS et capitalise sur le mandat formel qu'il tient en vertu de la loi de l'administration financière pour infléchir le comportement des acteurs dans le sens de ses orientations. Il s'équipe de spécialistes financiers particulièrement avertis dont l'attitude est résolument analytique et critique face aux demandes provenant du MSSS.

De plus, il s'est donné à l'interne une structure modelée sur celle du gouvernement i.e. par mission. La mission sociale est composée d'une équipe d'environ 15 analystes spécialement dévolue aux questions budgétaires de la mission sociale.

En agissant de la sorte, le Conseil du trésor recherche le contrepoids du pouvoir de connaissance sur le réseau de la santé et des services sociaux que le MSSS détient et contrôle à son avantage dans ses rapports avec lui. C'est dans cette optique que le Conseil se dote de banques de données et de systèmes de simulation particuliers sur le réseau socio-sanitaire afin de se donner les instruments d'analyse et de prévision dont il se servira dans la confection des enveloppes budgétaires par programmes institutionnels et pour le calcul des ajustements mécaniques. Ces enveloppes servent de base de négociation avec le MSSS.

Le pouvoir du Conseil du trésor repose principalement sur ce contrôle des moyens financiers qui l'habilite à faire des règlements et à en imposer

l'application à l'ensemble de l'appareil gouvernemental et donc au MSSS. Il détermine les taux d'indexation des dépenses de l'année antérieure en se fondant sur les grands indicateurs économiques (IPC, PIB, cote financière sur le marché des emprunts, niveau d'endettement public, niveau de taxation). Au regard du réseau socio-sanitaire, le Conseil a aussi le pouvoir du contrôle des règles d'allocation inhérentes à la budgétisation effectuées par le MSSS. Il possède également le pouvoir décisionnel sur la négociation des conventions collectives dans le réseau.

Il tient surtout son pouvoir du mandat qui lui est conféré par la loi sur l'administration financière et renforcé par le fait qu'il est un comité du Conseil des ministres. Ce dernier est d'autant plus important qu'en période de récession économique, il y a homogénéité de préoccupations entre les priorités politiques et le mandat formel de ce Conseil. Dans un tel contexte, les directives émanant du Conseil du trésor ont quasi force de loi. Son pouvoir, aidé en cela bien inconsciemment par le discours de certains fonctionnaires du MSSS qui lui font porter l'odieux de l'impopularité de certaines décisions, contribue à faire pâlir le pouvoir que le Ministère exerce sur le réseau: "Tout se décide au Conseil du trésor" est un commentaire couramment entendu lors des entretiens.

Dans un contexte où un des enjeux-clés du gouvernement est le contrôle des finances publiques, les pouvoirs du Conseil du trésor sur les décisions d'allocation des ressources sont considérables. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces pouvoirs se sont considérablement accrus au fil des ans. Ainsi tel que mentionné précédemment, les effectifs de ce conseil ont quadruplé en 15 ans. Au début des années 70, le Conseil du

trésor ne comptait qu'environ 34 fonctionnaires; il en compte aujourd'hui 284 (cf. livre des crédits ajustés).

Un tel accroissement des pouvoirs du Conseil du trésor et la prépondérance de la préoccupation pour le contrôle des ressources qu'il véhicule a contribué à renforcer à ce niveau la prééminence du discours sur les ressources sur celui des besoins et des priorités socio-sanitaires.

6.2 Le MSSS comme acteur

6.2.1 Le MSSS comme demandeur de ressources

Au ministère de la Santé et des Service sociaux, un des enjeux-clés est l'obtention du maximum de fonds pour l'exploitation et le développement du réseau. Ceci en fait un demandeur de ressources vis-à-vis le Conseil du trésor.

Au plan stratégique, le MSSS reproche au Conseil du trésor et, en particulier aux analystes du secrétariat du Conseil du trésor, leur méconnaissance du réseau. Il voit le Conseil du trésor et son secrétariat comme un organisme plutôt inflexible qui ne connaît pas le réseau de la santé et des services sociaux.

Le MSSS tente de sensibiliser son homologue du Conseil du trésor aux réalités et aux complexités de son réseau dans le but de le convaincre du bien-fondé de ses demandes. Par ailleurs, il juge les négociations avec ce dernier comme laborieuses (le seul exercice de revue de programme

nécessite un va-et-vient de deux et parfois trois propositions et contre-propositions du budget de base). Plus subtilement, le jeu se fait parfois sur les postes budgétaires. Certains postes budgétaires (par exemple, les ajustements mécaniques) servent de couverture pour générer de l'argent pour le développement (ex.: l'alourdissement des clientèles, arrivée de nouveaux médecins, changements technologiques, etc.). Par ailleurs, ces mêmes ajustements mécaniques permettront de parler de développement dans le discours politique. En somme, le MSSS joue sur les technicalités même du budget. Il joue aussi sur les règles du jeu même du Conseil du trésor, tel qu'il en fut fait état au chapitre 4.

On refuse aussi, dans certains cas, de répondre aux demandes du Conseil du trésor. C'est le cas, par exemple, de la demande faite par ce dernier d'effectuer le rangement des programmes et activités par ordre de priorités afin de déterminer où "tirer la ligne" entre les développements et les compressions. Dans certains cas, on fera entrer en scène les ministres des deux organismes, soit le Ministre de la santé et des services sociaux et le Président du Conseil du trésor. Informellement d'abord, puis formellement, surtout lorsque les dossiers débattus tiennent particulièrement à coeur au Ministre et que celui-ci possède suffisamment les données pour mener, face à son collègue du Trésor et au Conseil des ministres, une bataille à la fois sur le plan technique et politique.

Mais de l'avis des personnes rencontrées, le recours au politique doit être savamment dosé et ne pas être utilisé à outrance car alors, il risquerait de perdre toute sa signification et l'impact souhaité. On épuisera donc

d'abord tous les recours technocratiques avant d'utiliser l'intervention politique.

Bref, au plan des stratégies, le MSSS joue alternativement sur la persuasion, la négociation, le contrôle des zones d'incertitude et sur l'usage bien dosé des représentations ministérielles auprès du président du Conseil du trésor ou du Conseil des ministres pour gagner ses enjeux budgétaires.

Les pouvoirs sur lesquels peut capitaliser le Ministère dans sa démarche reposent sur le mandat qu'il tient du gouvernement du Québec et de la Loi du ministère de la Santé et des Services sociaux. Mais son pouvoir réel, repose principalement sur la responsabilité qu'il a envers la population du Québec, dans l'accomplissement de son mandat, qui consiste à lui fournir des services universellement accessibles et gratuits pour les personnes.

La demande accrue de services et l'alourdissement des clientèles confèrent au Ministère, et ce, en raison de la sensibilité politique liée aux phénomènes qui génèrent cette démarche, un poids important face aux autres ministères sectoriels qui le concurrencent pour l'obtention des fonds publics. La pression de l'environnement sur le système socio-sanitaire est donc une source de pouvoir importante pour le Ministère et il sait en faire usage lorsque les voies technocratiques habituelles ne produisent pas les résultats escomptés.

Dans cette perspective l'influence du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein du Conseil des ministres et auprès du Conseil du trésor et du Premier ministre demeure un atout majeur.

6.2.2 Le MSSS comme contrôleur des dépenses

Un deuxième enjeu clé pour le MSSS consiste à respecter les enveloppes budgétaires tout en répondant le mieux possible aux attentes de la population du Québec. Au plan stratégique, cet enjeu engage trois stratégies maîtresses privilégiées par le Ministère. Premièrement, il tend à accroître la prévisibilité du comportement du réseau par l'instauration d'un système de règles méticuleuses; deuxièmement, il cherche à améliorer ses liens de communication (l'installation de "marginaux sécants" au sens "Crozérien" du terme) avec ce dernier via les agents de liaison; et troisièmement, il transfère aux CRSSS par la décentralisation administrative, des responsabilités d'allocation et de contrôle qui lui étaient jusqu'alors dévolues.

6.2.2.1 La stratégie du contrôle par les règles

La première stratégie du Ministère repose essentiellement sur le pouvoir qui l'autorise à établir des règles d'allocation et de gestion et d'en vérifier l'application.

Le processus budgétaire actuel est, en effet, soumis à une réglementation que chaque établissement doit respecter. Outre les directives du Conseil du trésor, il y a la loi sur les services de santé et les services sociaux et

les règlements qui en découlent. Ces derniers régissent tant les structures, les modalités de fonctionnement interne des établissements incluant les définitions des départements, des comités et des postes de direction clinique et administrative que les procédures budgétaires.

Quant aux procédures proprement budgétaires, les cahiers de normes et pratiques de gestion préparés par le MSSS comprennent deux tomes: le tome 1 contient le manuel de gestion financière régissant les pratiques comptables au sein de chaque catégorie d'établissements, le tome 2, formé de trois volumes est un recueil des circulaires et des notes émises par le MSSS à l'intention des établissements auxquelles ils doivent se conformer. Ces directives portent sur les activités et les programmes, l'organisation des établissements, les ressources humaines et matérielles de même que les modalités de gestion des différents fonds compris dans le budget des établissements (fonds d'exploitation, fonds d'immobilisation, fonds de dotation, etc.). On retrouvera la table des matières de ces cahiers en annexe 7.

En plus du manuel de normes et pratiques de gestion, chaque établissement reçoit avec son enveloppe budgétaire annuelle une lettre du Ministre précisant un certain nombre de directives auxquelles l'établissement devra se soumettre. A ces règles s'ajoutent les rapports mensuels et trimestriels dont il fut fait état au chapitre 3 et que les établissements sont tenus de présenter au MSSS.

Tel que l'ont témoigné les acteurs interviewés, ces règles sont nombreuses, méticuleuses et changeantes. D'ailleurs M. Claude Castonguay confirmait

lui-même cet état de fait en ces termes, lors du premier colloque Jean-Yves Rivard, en 1980:

> *"C'est... avec une certaine surprise que j'ai constaté à l'époque l'ampleur des règlements que nous avions fait adopter. Comme la plupart des hauts fonctionnaires alors impliqués, je me suis probablement convaincu trop rapidement de la nécessité d'une réglementation aussi détaillée. Ce que je ne pouvais savoir, c'est que les fonctionnaires utiliseraient sans réserve ces règlements et y ajouteraient généreusement des directives de toutes sortes."*

Ce pouvoir de réglementation, grâce au monopole public quasi total de l'Etat du Québec sur ses services de santé et ses services sociaux, a jusqu'ici permis au MSSS de contraindre la croissance des coûts dans le domaine de la santé. Mais ce pouvoir n'est pas unique. D'autres pouvoirs lui font contrepoids dans le système. En vérité, il s'avère plutôt faible, si l'on tient compte qu'il est presqu'essentiellement centré sur le contrôle des intrants et des processus et qu'il se fonde pratiquement sur aucune connaissance des résultats. Il lui est donc difficile de réprimer "a posteriori" des comportements déviants. Ceci diminue sa crédibilité face au Conseil du trésor en tant que contrôleur du réseau. Au demeurant, le nombre de règles et de règlements, pour considérable qu'il soit, a ses limites quant à ses capacités de rendre prévisible les comportements des acteurs institutionnels et professionnels quant au contrôle des dépenses. Il n'a pas permis non plus d'accroître l'imputabilité du réseau face aux dépenses publiques qu'il encourt. Le pouvoir du Ministère se limite donc principalement à sa capacité à réglementer ce qui ne garantit d'aucune manière l'alignement des comportements du réseau. L'usage qu'il en a fait, à en juger par le nombre considérable de règles et de règlements qui l'encadrent, reflète bien cet état de fait.

6.2.2.2 Le "marginal sécant"

Par sa seconde stratégie, le MSSS a cherché à se doter de relais administratifs pour lui permettre de suivre son réseau. C'est ce qui explique essentiellement le recours aux agents de liaison, qui devaient agir comme marginaux sécants permettant ainsi au Ministère de demeurer en contact "vigilant" auprès du réseau. (Marginal sécant: "Pouvoir d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les unes avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires" (Crozier et Friedberg, op. cit., p. 73).)

Le rôle actuel de l'agent de liaison est le résultat d'une volonté d'intégration de deux rôles assumés de façon distincte par deux individus au sein du MSSS soit le représentant financier et le chargé d'établissements.

Tel qu'il fut souligné par un intervenant interviewé, le MSSS avait "deux mains d'intervention" dans le réseau. Une, beaucoup plus présente, celle des chargés d'établissements, avec une perspective "programme" dont la propension était davantage d'acquiescer aux demandes des établissements et l'autre plus distante parce que "financière et budgétaire" qui avait plutôt tendance à dire "non" et à inciter les établissements à l'équilibre financier "même si ça fait mal aux services à la clientèle"... Problème de cohérence intraministérielle perçu par les dirigeants et qu'on a résolu en plaçant sur la tête d'une même personne le chapeau dit d'agent de liaison.

En matière budgétaire, l'agent de liaison dit aujourd'hui avoir le mandat de s'assurer du respect de l'enveloppe budgétaire confiée à l'établissement par le MSSS et des programmes qu'il a à réaliser. Il se décrit, face aux autorités du Ministère, comme un informateur sur ce qui se passe dans les établissements en termes des ressources engagées, des programmes d'activités et de la régularité du fonctionnement. Pour ce faire, il peut faire usage des sources d'information suivantes: le budget détaillé et, le cas échéant, le plan d'équilibre budgétaire préparés par l'établissement à la suite de la réception annuelle de son enveloppe globale, le rapport trimestriel des établissements et le rapport de fin d'année, i.e. rapport de reddition des comptes contenant les rapports financiers de chaque établissement ainsi que les différentes statistiques rendant compte de leurs activités. Enfin, il lui est loisible, quand il le juge à propos, d'entrer en contact soit par téléphone où par le moyen de visites de site avec les établissements afin de se rendre compte de l'état des situations qui confrontent les établissements. Au fil des ans et dans la mesure où il demeure en poste suffisamment longtemps, il peut en venir à connaître suffisamment les personnes et les réalités.

Cette connaissance est une «arme à double tranchant». Ou bien il devient très sympathique aux établissements et s'en fait le défenseur au sein du Ministère, auquel cas il perd aux yeux du MSSS l'objectivité que requiert sa fonction; ou bien, sa connaissance de l'établissement, l'habilité à y exercer un contrôle plus méticuleux non prisé des établissements. Il aura tôt fait de perdre aux yeux de ces derniers, la confiance nécessaire pour lui permettre d'exercer efficacement sa tâche.

L'heureux dosage objectivité/confiance qu'apporte la connaissance de l'établissement, requiert des qualités et des compétences difficiles à réunir chez une seule personne.

En outre la somme jugée importante de travail qu'occasionne le nombre d'établissements (il a en moyenne 22 établissements à suivre), l'agent de liaison doit s'occuper d'établissements de différentes catégories puisque les critères d'assignation des établissements aux agents de liaison sont, d'une part, les types de clientèles et, d'autre part, le territoire où se situe l'établissement. A titre d'exemple, un même agent de liaison s'occupera pour un territoire donné de tous les établissements chargés des clientèles de soins de longue durée, d'hébergement et de réadaptation.

Les particularités organisationnelles et budgétaires varient d'une catégorie à l'autre en raison de la complexité des réglementations et des modes de reddition de comptes. La polyvalence que requièrt un tel rôle paraît aux dires des intervenants difficile à atteindre. Elle nécessite des qualifications variées qui s'avèrent difficilement conciliables dans une seule et même personne. Elle oblige de plus à aller au plus urgent, de fonctionner par exception ou, sur certaines questions, d'y aller par sondages.

Enfin, dans leur travail à l'interne, la situation de ces agents est toute aussi problématique. Le temps consacré à répondre aux demandes des nombreux intervenants intéressés par les établissements qu'ils coordonnent occupe une part appréciable du temps total de travail (jusqu'à 50%, aux dires de certains). C'est tantôt le cabinet du Ministre, tantôt la direction du budget, tantôt les autres directions, etc.

Les critiques formulées à l'endroit des agents de liaison tendent à montrer que le rôle de "*relais administratif*" auquel ils étaient voués pour accroître l'emprise du Ministère sur le réseau ne donne pas les résultats escomptés. Ils ne sont pas perçus comme stratégiquement importants. On déplore leur impréparation et leur absence. Ils sont dans les faits couramment court-circuités par les établissements qui s'adressent directement aux sous-ministres adjoints ou au sous-ministre.

Bref, la stratégie du "*Marginal sécant*" n'est pas concluante.

6.2.2.3 La décentralisation administrative

Enfin, la troisième stratégie du MSSS porte sur le projet plus global de décentralisation initié dès les débuts de la réforme Castonguay par la création des CRSSS. Ce que l'on n'a pu réaliser en bloc au début de la réforme: la véritable décentralisation avec transfert de l'imputabilité à l'échelle régionale, on a cherché à le réaliser progressivement au gré des transferts de dossiers de plus en plus importants du MSSS vers les CRSSS. Sous le couvert de décentralisation administrative, on a ainsi confié aux CRSSS la responsabilité de l'allocation des ressources pour les projets de développement, la coordination des plans d'organisation et d'effectifs médicaux, la gestion des plans de redressement budgétaire et de nombreux autres dossiers.

Dans 2 régions, une expérience-pilote du transfert de la responsabilité complète de gestion du budget des établissements a été tentée, soit dans le

Saguenay- Lac Saint-Jean et dans la région de Sherbrooke (décret #2234-80).

L'échéance trop courte imposée à la présente recherche n'a pas rendu possible l'évaluation de ces expériences. Cependant les commentaires extraits d'un mémoire préparé par le CRSSS de l'Estrie à l'intention de la Commission Rochon font état de cette expérience dans cette région.

> *"De 1980 à 1986, les modalités relatives aux fonctions de planification et de programmation seront plus ou moins respectées. Concernant les activités de financement et de contrôle budgétaire, le scénario prévu en 1981 et réaffirmé à plusieurs reprises ne sera pas finalement respecté par le MSSS, à une exception près (le programme des CAR)."*

Dans son bilan, le CRSSS de l'Estrie impute aux attitudes contradictoires des sous-ministres adjoints qui se sont succédés et qui ont "... généré un état de confusion quant aux responsabilités et rôles de chacun et contribué à créer des tensions au niveau des relations entre les différents partenaires". Le mémoire du CRSSS de l'Estrie fait état des attitudes des partenaires dans ce dossier.

Quant au CRSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, bien que l'expérience paraisse plus concluante, le directeur général de cet organisme en souligne, d'une part, la lenteur d'implantation et, d'autre part, les résistances venant principalement de certains fonctionnaires du Ministère:

> *"Pourquoi ce délai? - écrit-il - Au Conseil régional, nous avons rapidement réalisé dès le début de notre implication dans ce type de décentralisation, celle des enveloppes budgétaires régionales de fonctionnement, qu'il était plus difficile pour l'appareil ministériel et gouvernemental d'accepter aisément ce type de décentralisation qu'il le fut pour les autres budgets*

> *présentement décentralisés. Dès les débuts, nous sentions clairement que certains fonctionnaires du ministère des Affaires sociales faisaient preuve d'une certaine résistance à ce changement, et le degré de résistance était généralement inversement proportionnel au niveau de responsabilité de ces mêmes fonctionnaires dans la structure." (Allocution de G. Dufault, 25 avril 1985.)*

En somme, cette stratégie, dans son ensemble présente aux dires des personnes consultées, un bilan plutôt discutable, attribuable, d'une part, à des facteurs conjoncturels: la décentralisation plus poussée du budget coïncide avec une période aiguë de compression budgétaire de sorte que le véritable pouvoir que l'on délègue n'est pas celui de répartir l'argent de développement mais plutôt celui des compressions, avec ce qu'il comporte d'impopularité, lorsque, comme l'affirmera un des dirigeants consultés, l'opération suivante d'épongement du déficit aura pour effet de pénaliser les établissements qui s'y seront conformés. D'autre part, les difficultés sont aussi attribuables à la non homogénéité stratégique du Ministère et de ses interlocuteurs. Il semble bien, que l'acteur institutionnel qu'est le MSSS n'est pas lui-même homogène. Les positions officielles qu'il adopte, celles auxquelles les autres acteurs institutionnels du système devront se soumettre, seraient parfois le propre d'un nombre restreint d'acteurs individuels qui au sein du MSSS font coalition pour engendrer le changement. Le reste de la machine bureaucratique ne suit pas nécessairement.

La troisième stratégie du Ministère, celle de la décentralisation administrative s'appuie essentiellement sur le même pouvoir, celui de faire des règles et de les changer au besoin. Pour plusieurs raisons, la difficulté d'assumer la gestion de certains dossiers au niveau central soit à cause de leur spécificité régionale ou de l'absence de compétence technique et

professionnelle interne, désir de s'inscrire dans le modèle de régionalisation préconisé par la réforme amorcée dans les années 70, souci d'accroître la visibilité et la crédibilité des CRSSS, etc., le Ministère utilise son pouvoir pour transférer certaines responsabilités d'allocation, de gestion et de coordination des dépenses au niveau régional.

Ainsi, le MSSS accepte de partager certaines zones d'incertitude avec les CRSSS, mais conserve de ce partage limité, le pouvoir du contrôle des règles sur ce qu'il déconcentre, de sorte que le transfert de certaines tâches ne s'accompagne pas du transfert des pouvoirs et de l'imputabilité correspondants. En même temps, il mise sur la concertation régionale pour la réalisation de ces projets. Conséquemment, le Ministère augmente le nombre de participants au jeu pour les ressources. Il ajoute à la complexité et à la lourdeur de ce jeu sans pour autant s'alléger du fardeau ultime de devoir en rendre compte devant le Conseil du trésor et le gouvernement. Dans ce contexte, la décentralisation effective du management des priorités n'est pas une réalité.

De surcroît, l'attitude du Ministère à cet égard n'est pas homogène ni unanime. Il s'y retrouve des coalitions internes d'acteurs individuels qui souvent contrôlent au sein du Ministère, des zones d'incertitudes suffisamment importantes pour infléchir à leur avantage certaines de ses orientations ou pour créer des ambiguïtés et des incertitudes dont ne manqueront pas de se saisir ceux et celles qui dans le réseau ne poursuivent pas nécessairement les mêmes objectifs. De plus, les changements fréquents de leadership politique qui ont parsemé le cours stratégique du Ministère au fil des ans, les attentes, les incertitudes et les changements structurels ou

stratégiques qu'ils ont créés ont contribué à amenuiser par l'instabilité qu'ils ont provoquée, les pouvoirs réels de ce ministère sur son réseau.

Bref, le jeu de la décentralisation administrative et les ambiguïtés qui l'ont entouré auront été de nature à induire de la part des autres acteurs du système, des comportements stratégiques et politiques variés allant de la soumission aux directives à la pure déviance, du court-circuitage à la concertation régionale, de l'usage parallèle des voies partisanes et politiques et des filières technocratiques; autant de comportements stratégiques qui ont forcé le Ministère à se maintenir dans le rôle de gestionnaire opérationnel du système, rôle dont il souhaitait par la décentralisation administrative se départir au profit des CRSSS. Ceci entérine le commentaire fréquemment entendu lors des entretiens par plusieurs hauts fonctionnaires à l'effet que le MSSS fait du "cas par cas" et n'en arrive finalement qu'à jouer au "pompier".

L'allongement du processus décisionnel engendré par la décentralisation administrative aura eu pour effet de le ralentir en créant une étape additionnelle. Ultimement, la distance de pouvoir séparant les établissements du Ministère s'en est trouvée accrue et l'écart entre les décisions de production des services de celles de l'allocation des ressources s'est agrandi voire désarticulé.

6.3 Le CRSSS comme acteur

Au niveau des CRSSS, l'enjeu-clé est la régionalisation. Au fil des ans et au gré des transferts de dossiers du Ministère vers les CRSSS, les

objectifs de départ, ceux de promotion de la participation de la population se sont progressivement évanouis pour céder la place à ceux de la concertation interétablissements et de la coordination intrarégionale. Les CRSSS actuels sont en bonne partie le produit de la stratégie de décentralisation administrative du Ministère. Le transfert progressif des zones d'incertitude dont il est fait état précédemment, non accompagné des pouvoirs ni de l'imputabilité correspondants, ont laissé les CRSSS dans l'ambiguïté quant à leur mission en tant que gestionnaires des priorités à l'échelle régionale. En outre, l'idéal de régionalisation leur fait préconiser une gestion budgétaire régionale d'un réseau intégré, mais ils sont face à une structure budgétaire fragmentée par catégorie d'établissements.

Capitalisant sur l'idéal de la concertation inter-établissement pour réaliser ses mandats, les CRSSS se sont retrouvés ballottés tant par les établissements que par le Ministère sans que leur soit donné la possibilité de se définir une identité propre et homogène. Dès lors, les stratégies qu'ils déploient sont marquées d'une grande variance d'un CRSSS à l'autre et vont au gré des influences spécifiques qu'ils subissent dans leur environnement. Une étude effectuée, à la demande même du Ministère, sur les CRSSS en dégage quatre profils distincts se départageant les 12 CRSSS du Québec. Ces profils sont:

1) Le CRSSS MEDIATEUR, dont les stratégies maîtresses ont principalement consisté à agir comme intermédiaire et médiateur dans les conflits interétablissements ou entre le MSSS et les établissements;

2) la FEDERATION D'ETABLISSEMENTS; la stratégie dominante étant ici de se faire le représentant des établissements dans leurs démêlés avec le Ministère;

3) le CRSSS DECONCENTRE, sorte de mini-ministère à l'échelle de la région;

4) le GOUVERNEMENT REGIONAL qui a choisi d'investir auprès de sa population et de gagner sa légitimité en capitalisant le moins possible sur le support gouvernemental ou sur celui des établissements.

Selon le profil choisi, le CRSSS a opté pour diverses sources de pouvoir. Ainsi, le CRSSS déconcentré tire son pouvoir de l'autorité bien relative déléguée par le Ministère (Tel que mentionné précédemment, le Ministère a confié des tâches à exécuter plutôt que des pouvoirs réels aux CRSSS). Le CRSSS "fédération d'établissement" tient à l'opposé son pouvoir des établissements qu'il prétend représenter (ce pouvoir se trouve miné par le fait que les CRSSS sont constamment court-circuités tant par les associations d'établissements que par les établissements eux-mêmes et par le Ministère). Le CRSSS "gouvernement régional" s'appuie sur le pouvoir politique de la population dont il se fait le porte-parole (mais il ne lui est pas légalement imputable et il n'existe pas au-delà de la représentation de la population au conseil d'administration et du mécanisme de traitement des plaintes des usagers, de moyen formel d'écoute et de représentation populaire inscrit dans la loi susceptible de mobiliser et de canaliser ce pouvoir à l'avantage de ce type de CRSSS). Enfin, le médiateur n'a pas d'appui autre que sa connaissance des dossiers et sa capacité de persuasion. Or, ce dernier pouvoir est lui-même affaibli par le fait que le CRSSS ne peut faire reposer sa médiation sur une connaissance solide des résultats ni sur une évaluation systématique et continue des besoins socio-sanitaires à satisfaire pour sa région. En définitive le pouvoir des CRSSS dans le processus budgétaire demeure marginal et à la merci de l'utilisation stratégique que le Ministère entend en faire.

Aussi, la stratégie de concertation, prise dans une perspective de fractionnement du système par établissement, a amené les dirigeants d'établissements au CRSSS. Ces derniers ont noyauté les CRSSS tant et si bien que face à certaines décisions, ils se retrouvent en conflit d'intérêt. Ceci encoure comme conséquence qu'il s'y fait peu d'arbitrages et que les dossiers comportant des enjeux-clés remontent au Ministère soit via les CRSSS, soit directement via les voies partisanes nées à partir des établissements et court-circuitant les CRSSS.

Par ailleurs, il faut bien voir que la stratégie de concertation n'est effective que dans la mesure où les parties à la concertation reconnaissent inconditionnellement cette dernière comme maîtresse des situations décisionnelles. De ce fait, se pose la deuxième condition de réussite qui se fonde sur le refus simultané des parties au recours à d'autres stratégies ou pouvoirs pour l'obtention de leurs enjeux.

Bref, en considérant l'ensemble de ces pouvoirs et leur puissance relative plutôt faible, de même qu'à en juger par le discours des acteurs, force est d'admettre que les CRSSS affichent dans la mosaïque d'ensemble du système, l'image d'organismes pratiquement à repenser tant dans leur mission que dans leurs pouvoirs.

6.4 Les établissements comme acteurs

L'enjeu-clé des établissements est la production de façon intégrée des services requis par la population qu'ils desservent. Pour ce faire, ils doivent dans le cadre du processus budgétaire obtenir les ressources néces-

saires. Tel que le chapitre 4 le laisse entrevoir les stratégies pour y arriver sont doubles. Les établissements font à la fois usage des voies politiques et des voies technocratiques pour gagner leurs enjeux.

Les voies politiques engagent premièrement le recours au conseil d'administration et à ses pouvoirs corporatifs. L'autonomie que confèrent ces pouvoirs à l'établissement constitue une zone d'incertitude d'autant plus importante que la puissance politique de l'établissement ou des membres du conseil d'administration qui y siègent est considérable. Elle habilite ce dernier à engager l'établissement en tant que corporation pouvant dans certains cas aller au-delà des dépenses autorisées. C'est le cas du moins de certains établissements hospitaliers.

De plus, cette autonomie est telle que l'établissement n'est imputable à personne compte tenu que la survie même de l'établissement n'est pas un enjeu et que seul le spectre lointain d'une tutelle peut constituer, dans certains cas, un contrepoids de taille à l'affirmation de cette autonomie. Or, les tutelles d'établissements politiquement forts sont rares. L'établissement jouit donc en vertu de ce qui précède d'une zone d'incertitude importante. Se réclamant de son autonomie, l'établissement peut prendre des décisions unilatérales dont les conséquences peuvent s'avérer négatives pour le système. Il peut aussi faire de la surenchère pour les ressources rares, acquérir des équipements dispendieux et non nécessaires dans la perspective d'un système global et compte tenu des bassins de population desservis et ce, strictement dans le but de conserver ses avantages comparatifs par rapport aux autres établissements.

Autant de décisions de nature à provoquer dans le système des réactions en chaîne, à provoquer des dédoublements d'activités et de ressources et à créer un climat plus propice à l'affrontement qu'à la collaboration et à la complémentarité.

Il faut bien voir dans ce qui précède qu'un conseil d'administration qui agit de la sorte joue essentiellement le rôle que le système lui permet de jouer puisque, par définition, un conseil a la responsabilité de son établissement, de sa survie, de son évolution, de son expansion. De ce point de vue ce serait contre nature que de demander à un conseil d'administration de penser et d'agir pour le système avant de le faire pour son établissement.

La seconde voie politique pousse l'établissement à utiliser son association d'établissements: institution à caractère politique financée par l'Etat (en 1986-87, les cotisations annuelles totales des établissements à leurs associations se chiffrent à plus de 5 millions de dollars), comme porte-parole auprès des autorités technocratiques et politiques.

En troisième lieu, l'établissement utilise la voie partisane i.e. le recours à des pressions sur le député du comté surtout si celui-ci est potentiellement influent. Faut-il rappeler que les membres siégeant au sein des conseils d'administration sont, pour plusieurs d'entre eux, issus d'une élite locale qui possède ses propres influences politiques et dans plusieurs cas ses entrées privilégiées dans les arcanes du pouvoir central.

Du côté technocratique, on jouera la filière formelle en se conformant aux directives, même si informellement les gestionnaires chercheront des stratagèmes pour jouer légalement le système. Ainsi, l'établissement aura une politique de présence au CRSSS afin de tirer le maximum de sa part du gâteau quant aux budgets de développement. Toutefois, même à ce niveau, un jeu micropolitique s'exerce entre les paliers de la hiérarchie administrative du système. Les tribunes régionales sont des arènes où les jeux de relations de pouvoir entre les établissements ont libre cours. Dans ce jeu, la loi du plus fort prévaut, les hôpitaux en sont les champions; les centres d'accueil, les parents pauvres ... Ils en sont conscients mais croient que les nouvelles tendances d'alourdissement des clientèles et de vieillissement de la population changeront progressivement les règles du jeu et leur donneront leur juste part du pouvoir.

La résultante de ces jeux... un acteur rencontré l'a décrite éloquemment en affirmant qu'il s'y fait des arbitrages mais non des choix. Ou bien il ne se prend pas de décision et l'odieux de la situation est transféré au Ministère, ou bien la distribution se fait à peu près également de façon à contenter tout le monde. Lorsqu'une décision est prise, elle est lente, laborieuse et donne lieu à d'incessants jeux de lobbying. La pratique du court-circuitage mentionnée précédemment en est un bon exemple. Les intervenants chercheront à influencer les décideurs du haut de la pyramide avec l'espoir qu'ils useront de leur influence pour infléchir les décisions en faveur de l'établissement aux autres niveaux dans le système, mais en particulier au niveau régional, principalement lorsqu'il s'agit d'établir les priorités entre les projets des établissements.

Les établissements jouissent d'une zone d'incertitude importante dont ils peuvent se prévaloir dans leurs négociations avec les autres instances du réseau. Ils ont la responsabilité légale et morale de répondre adéquatement à la demande de services de la population desservie. Ils récupèrent à cet égard les pouvoirs que leurs professionnels détiennent sur la consommation des services et sur la demande et s'en servent pour justifier leurs demandes et leurs actions. Ils ont, de plus, le pouvoir d'engager les dépenses mais ce pouvoir est plus ou moins contraint par les règles et les enveloppes décidées au niveau du Ministère. Ce pouvoir d'engagement des dépenses se trouve, par ailleurs, renforcé par l'existence des pouvoirs corporatifs du conseil d'administration particulièrement ceux de contracter des emprunts et de faire des déficits. L'usage de ce pouvoir les a amené dans le cas de certains établissements hospitaliers à placer le Ministère devant le fait accompli et à l'obliger à éponger les déficits par la suite.

On adopte aussi, dans certains cas, certaines pratiques comptables non conventionnelles au regard des pratiques usuelles (Ex. l'auto-financement d'équipements par les économies qu'ils engendrent sur cinq ans, le contrat de location-acquisition qui permet de financer une immobilisation à même le budget de fonctionnement, les «dons» d'équipements de fournisseurs, etc.).

La force relative du conseil d'administration constitue enfin une source importante de pouvoir pour l'établissement particulièrement dans ses rapports avec les autres intervenants du réseau tant au Ministère qu'au niveau régional. Plus globalement, il faut compter que cette force se trouve multipliée par au-delà de 900 conseils d'administrations que comporte

le réseau des établissements de santé et des services sociaux.

Mais le jeu politique de l'établissement sur l'échiquier du système de santé est souvent le résultat du jeu politique interne, celui qui se déroule entre les intervenants au sein des établissements. La seule analyse de ces jeux aurait nécessité la conduite de plusieurs études parallèles étant donné les spécificités des différentes catégories d'établissements. Elle déborde le cadre de la présente recherche. Il est apparu essentiel, en raison de leur impact sur le budget et pour compléter le tableau de la dynamique des relations de pouvoirs au sein du système, de faire brièvement état des relations entre les gestionnaires et les professionnels dans les centres hospitaliers.

6.4.1 Les rapports entre les gestionnaires et les professionnels dans les centres hospitaliers

Dans les établissements, l'autonomie professionnelle est un phénomène largement reconnu. En milieu hospitalier plus particulièrement, le professionnel jouit d'un pouvoir quasi absolu sur les décisions d'admissions et de congés hospitaliers, de services diagnostiques et thérapeutiques à rendre, de médicaments à administrer etc. L'enjeu-clé du professionnel est de fournir à son client les services répondant le mieux à sa condition socio-sanitaire. Il y est légalement et éthiquement tenu. Dans cette perspective, la relation professionnel/client et le train de droits qui lui sont associés confèrent aux professionnels des pouvoirs importants sur le fonctionnement de l'organisation et sur la consommation des services donc, des ressources.

Paradoxalement, il est généralement reconnu que les professionnels ont une allégeance plutôt mitigée envers l'organisation où ils exercent leur profession. "Les professionnels sont en général principalement engagés envers leur profession et souvent perçoivent l'organisation comme une place temporaire, une structure commode." (Mintzberg, 1979)

Les établissements sont des bureaucraties professionnelles et la structure y est habituellement fortement décentralisée pour ce qui concerne l'activité professionnelle (l'accomplissement de la tâche). Cette décentralisation est particulièrement prononcée au sein des établissements hospitaliers. La dynamique des pouvoirs est différente dans les autres catégories d'établissements.

Dans les établissements hospitaliers, se retrouve donc une double structure soit la structure administrative et la structure médicale. Ces deux sous-systèmes parallèles traduisent sur papier l'existence interne de deux mondes, de deux perspectives d'action fortement différenciées dont l'intégration fait problème. Les mesures récentes de la loi 27 particulièrement au chapitre des nouvelles responsabilités administratives confiées aux chefs de départements cliniques avaient spécifiquement pour but de stimuler leur intégration.

Au plan du processus budgétaire, cette situation est problématique. D'une part, le monde médical privilégie les services à la clientèle qu'ils jugent les meilleurs avec peu d'égards pour le prix. Il contrôle à cet égard une zone d'incertitude très puissante parce que directement liée à la nature même de la mission du système de soins: le système existe spécifiquement pour don-

ner des soins et seul le professionnel détenant l'expertise peut les dispenser. Pouvoir de compétence inéluctable dont il se servira pour maintenir et renforcer sa position stratégique dans l'établissement au sein des départements cliniques et, dans le système de santé, par le moyen des corporations professionnelles et des syndicats.

D'autre part, le monde administratif a une propension à se préoccuper du prix avant les services, particulièrement lorsque la conjoncture économique est difficile.

C'est la métaphore bien connue dans le milieu du frein et de l'accélérateur ... de la main droite qui donne sans savoir ce que la main gauche reçoit. Cette situation est d'autant plus aiguë que le mode de rémunération à l'acte constitue un incitatif non négligeable à la dispensation élargie.

Dans un tel contexte, puisque le professionnel détient un pouvoir quasi absolu sur la consommation des services, la sensibilisation du professionnel aux implications économiques de ses décisions devient un enjeu-clé pour le gestionnaire, tout comme pour le professionnel, de préserver l'immunité totale dans la relation professionnel-client et l'autonomie décisionnelle qui y est associée constitue aussi un enjeu majeur.

Deux stratégies semblent prévaloir à ce niveau. En premier lieu, les arguments de l'insuffisance de pouvoirs et d'incompétence administrative sont souvent servis de part et d'autre pour expliquer les inefficiences de l'établissement. Cependant, il y a lieu de s'interroger sur le bien fondé de cette dernière, sans toutefois qu'il nous soit possible d'apporter des

réponses. Dans quelle mesure cette stratégie n'est-elle pas un prétexte entre les mains des gestionnaires et des professionnels pour dissimuler leur faible propension à s'associer et à collaborer activement? La distance de pouvoir et le maintien d'une différenciation nette et voulue entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif ne sont-il pas les meilleures garants contre une intégration qui ne pourrait résulter que par la domination de l'un sur l'autre?

La seconde stratégie est, à l'opposé, celle de la recherche d'une implication active mutuelle et donc, de l'intégration des deux mondes au sein de l'établissement. Ici, le projet semble davantage initié par le monde administratif et la Loi 27 en est une illustration. La direction cherche une alliance. Par un style de gestion ouvert qui admet la participation active des médecins, les gestionnaires cherchent à les associer aux préoccupations de l'établissement. Bien plus, on confie nommément des responsabilités budgétaires et administratives aux chefs de départements cliniques. Outre le fait que cette stratégie suppose la présence d'un gestionnaire suffisamment fort politiquement pour s'attirer le respect et la collaboration des médecins et des chefs de départements cliniques, elle conduit à placer ces derniers dans la position potentiellement dilemnique de devoir faire des arbitrages entre les priorités médicales et les priorités administratives du département; position obligeant, dans certains cas, soit à aller contre les intérêts des collègues et s'attirer ainsi leur désapprobation soit à favoriser ces derniers au détriment des objectifs de l'établissement. Il faut rappeler, comme d'ailleurs les directeurs de services professionnels rencontrés se sont plus à le souligner, que ceci a toujours été la difficulté principale du rôle de directeur des services professionnels dans l'hôpital.

Dans le cas des chefs de départements cliniques, cette difficulté est d'autant plus réelle que la nomination à ce poste est faite après consultation obligatoire des membres du département. La relation politique d'un chef de département avec ses collègues est une dynamique complexe qui déborde du cadre de la présente recherche. Il importait ici d'en souligner l'existence et la pertinence surtout lorsque la conjoncture économique est telle que la gestion administrative et budgétaire en est une de gestion des contraintes plutôt que de développement.

Tel que mentionné au début de cette section, et bien qu'il eut été fort souhaitable de le faire, la présente recherche n'a pu aborder les rapports entre le directeur général et son conseil d'administration. De même, l'univers fort complexe et moins ouvert des rapports politiques internes entre les professionnels au sein et entre les départements cliniques hospitaliers, entre les départements cliniques et les départements universitaires dans le cas des hôpitaux universitaires ou affiliés n'a pu être exploré. Ce sont là des recherches en soi qui mériteraient d'être menées en prolongement dans cette étude.

6.5 Faits saillants

Telle est là l'analyse que propose la présente recherche de la dynamique du système. Le tableau ci-dessous récapitule les enjeux, stratégies et pouvoirs qui se sont révélés à l'analyse.

ACTEUR: CONSEIL DU TRESOR.

ENJEUX: Equilibre financier et contrôle des dépenses.

STRATEGIES: Critique à l'égard des demandes budgétaires du MSSS, propension à s'accaparer le rôle de contrôleur des dépenses du MSSS, négociations avec le MSSS, tant au niveau technocratique que politique. Indexation à la marge des budgets sur la base des grands indicateurs économiques (IPC, PIB, Cote financière sur le marché des emprunts niveau de la dette publique, politique fiscale).

POUVOIRS: Autorité formelle reçue en vertu de la loi et du fait qu'il est un comité du Conseil des ministres eu égard au contrôle des dépenses publiques. Autorité d'autant plus forte qu'en période de récession économique, l'enjeu du Conseil est au centre des priorités politiques du gouvernement. Pouvoir sur le contrôle des règles d'allocation des budgets entre les ministères et sur les modes d'allocation des budgets effectués par le MSSS à l'intention du réseau. Pouvoir de fixation des augmentations salariales et de négociation à cet égard pour tout le réseau de la santé et des services sociaux.

ACTEUR: MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX.

ENJEUX: Répondre aux besoins et aux attentes de la population du Québec dans le respect des politiques d'universalité, d'accessibilité, de continuité et d'approche globale. Gagner le plus possible de ressources dans ses négociations avec le Conseil du trésor. Assurer le respect des enveloppes budgétaires dans le réseau.

STRATEGIES: En tant que demandeur de ressources au Conseil du trésor: persuasion, négociation, contrôle de zones informationnelles d'incertitude, intervention politique bien dosée.

En tant que contrôleur des dépenses du réseau: Usage de la réglementation et des communications pour accroître la prévisibilité des comportements du réseau, décentralisation administrative. Stratégies plutôt axées sur les intrants et sur les processus que sur les résultats.

POUVOIRS: Pouvoir sur le contrôle des règles d'application des budgets dans les CRSSS et les établissements. Pouvoir amoindri par l'existence d'autres formes de pouvoir qui dans le système lui font contrepoids et

dont certaines sont irréductibles parce qu'essentielles à la réalisation des finalités même du système.

ACTEUR: CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS).

ENJEUX: Régionalisation des services.

STRATEGIES: Vis-à-vis du MSSS: Stratégies variables selon les CRSSS: Médiation, fédération d'établissements, prolongement régional du Ministère, gouvernement régional. Vis-à-vis des établissements: concertation.

POUVOIRS: Autorité déléguée par le Ministère pour l'exécution de certaines tâches, concertation des établissements pour certains dossiers, appuis de la population dans certains CRSSS et pour certains dossiers. Pouvoirs plutôt ambigus et mitigés.

ACTEURS: LES ETABLISSEMENTS.

ENJEU: Production des services et réponses aux attentes de la clientèle et de la population. Respect de l'enveloppe budgétaire.

STRATEGIES: Par rapport au réseau: Voies politiques (usage du conseil d'administration, des associations d'établissements comme lobbys, voies partisanes lorsque nécessaire), voies technocratiques (usage des tribunes régionales et jeux micropolitiques à ce niveau).

N.B. A l'interne, les gestionnaires d'établissements hospitaliers ont le pouvoir sur le contrôle des règles d'allocation budgétaire et peu de pouvoir sur les dépenses, celles-ci étant à la merci des décisions professionnelles. Cette situation est particulière à cette catégorie d'établissement.

POUVOIRS: Récupération à leur avantage des pouvoirs de leurs professionnels sur la demande des services et utilisation de cette zone d'incertitude dans les négociations avec le réseau. Pouvoir d'engager les dépenses contraint par les règlements du MSSS et les conventions collectives mais renforcé par les pouvoirs corporatifs des conseils d'administration qui peuvent

engager financièrement l'établissement au-delà des dépenses autorisées par le MSSS. Pouvoir de contrôle sur l'application des règles budgétaires édictées par le MSSS ou par le conseil d'administration. Force relative du conseil d'administration.

Le tableau synthèse présenté ci-dessus, fait ressortir le caractère pluriculturel du processus budgétaire et du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Conseil du trésor, le Ministère, les CRSSS et les établissements font voir, de par la nature de leurs enjeux et les stratégies qu'ils déploient, des cultures organisationnelles distinctes. Chacun valorise des enjeux distincts et l'intégration de ces derniers dans la mosaïque d'ensemble d'un système qui aspire à une finalité unique: celle de la promotion de la santé est un défi de taille. La dynamique actuelle sous-jacente au processus budgétaire ne favorise pas cette intégration.

En second lieu, ce tableau synthèse laisse voir le dilemme politique dans lequel se trouvent enfermés les quatre acteurs-clés du processus budgétaire. D'une part, le Conseil du trésor et le MSSS ont le pouvoir sur le contrôle des règles d'allocation des ressources et ce pouvoir est fermement installé tout au début de la chaîne organisationnelle. Il descend ensuite par délégation aux autres niveaux de la hiérarchie du système. D'autre part, le système producteur de services i.e. les établissements et les professionnels qui y oeuvrent détiennent le pouvoir sur l'application des règles édictées par le Ministère et le Conseil du trésor et sur celui des dépenses que ces règles cherchent à circonscrire. Ce pouvoir n'existe pas uniquement *de facto*, il est *de jure* enchâssé dans les structures et dans le fonc-

tionnement formalisé et légal du système. Une autonomie décisionnelle est reconnue aux conseils d'administration et aux professionnels qui légitime leurs actions parfois unilatérales et non inspirées par le souci de complémentarité. Un tel pouvoir les habilite à aller dans certains cas à l'encontre des règles édictées par le pouvoir central.

En d'autres termes, en concevant à l'origine des structures organisationnelles légalisant le modèle de différentiation des pouvoirs observé dans ce système, il était implicitement reconnu que les régulations internes du système ne seraient pas les régulations traditionnelles d'un modèle hiérarchisé d'organisation où le pouvoir est concentré vers le haut de la pyramide organisationnelle. D'autres formes de pouvoir existent: celle de l'expertise et du contrôle sur les moyens de production de services. Ces pouvoirs sont puissants et inéluctables. Ils font contrepoids au pouvoir formel.

Les producteurs de services, les établissements et leurs conseils d'administration, les professionnels et les syndicats jouissent en effet d'une source quasi intarissable d'incertitude sur laquelle ils peuvent faire reposer et maintenir leurs actions: celle de la santé et du bien-être des personnes et ce qu'elle représente comme enjeu majeur pour celles et ceux qui ne l'ont pas ou craignent de les perdre.

Mais les nouveaux modes de régulation n'ont pas été trouvés. Du haut du système est perpétué, en l'accentuant, le modèle classique de régulation par les règles. A la base du système, on a laissé ce dernier pratiquement inchangé tant au niveau des établissements que des professionnels. La mise

en place des agents de liaison et des CRSSS aurait pu permettre l'implantation d'un nouveau mode de régulation dans le système. Mais, ceux-ci n'ont pas su ou pu jouer les rôles auxquels ils étaient destinés.

Le dilemme politique qu'une telle dynamique des pouvoirs pose est celui de l'impossibilité logique d'assurer, dans un tel système, que l'équilibre homéostatique soit essentiellement orienté vers l'atteinte des finalités socio-sanitaires du système dans le respect intégral des enjeux et des pouvoirs conférés formellement aux acteurs et incrustés dans les structures et les modes de régulation actuels du système. D'ailleurs, l'examen de l'annexe 8 de la première recherche est éloquent sur ce point. Elle montre en effet jusqu'à quel point les solutions imaginées par chacun des acteurs pour résoudre les problèmes qu'il perçoit, passe par l'accroissement de ses propres pouvoirs et l'effacement de celui des autres.

L'échiquier n'est pas conventionnel et il ne peut pas l'être. Le jeu sur cet échiquier ne peut donc pas l'être non plus. Si la dynamique du jeu des acteurs doit changer de façon à produire un mode d'organisation qui favorise l'éclosion de l'efficacité et de l'efficience, il faudra sans doute changer la structure et les règles du jeu. Il faudra aussi introduire dans le système des modes de régulation des jeux qui feront en sorte que les acteurs seront incités à agir dans le sens de la recherche et de la promotion de l'efficacité et de l'efficience.

CHAPITRE 7
CONCLUSION

7.1 Les enseignements de la recherche

Au terme de ce rapport, il convient de récapituler les enseignements qui ressortent de la double analyse qui y est faite du processus budgétaire. Quatre conclusions principales se dégagent des analyses systémique et stratégique qui y furent effectuées.

Premièrement, le processus budgétaire se base sur un mode d'allocation incrémental. Le modèle logique présumant que la réflexion systématique sur les objectifs doit être antérieure à celle des moyens n'est donc pas en vigueur. C'est par le calcul d'un taux d'indexation déterminé à partir de la prévision des indicateurs économiques (IPC, PIB, niveau d'endettement, capacité d'emprunt et politique fiscale) et appliqué à la marge sur le budget approuvé de l'année précédente que s'établissent les enveloppes budgétaires des ministères et celles des établissements.

En second lieu, la structure budgétaire par établissement à tous les niveaux de la hiérarchie est le reflet de la structure existante dans ce réseau. Elle cristallise davantage la différentiation institutionnelle et constitue un facteur majeur de non intégration des services de santé et des services sociaux. Tout au haut du système sont allouées les ressources, sont assurés le suivi et le contrôle du budget sur la base des catégories d'établissements plutôt que sur celle des programmes ou des

clientèles. Ce modèle se perpétue aux autres paliers de la hiérarchie organisationnelle du système. Il transpire même au niveau des pratiques comptables internes. La structure du système de comptabilité par centres d'activités conçue en fonction des services intrainstitutionnels davantage qu'en fonction des programmes ou des clientèles est problématique pour les intervenants dont l'action est davantage axée sur des problématiques socio-sanitaires. La mesure des activités dans certains cas ne reflète pas la nature ou l'importance des activités réelles effectuées sur ces clientèles. Elle semble par ailleurs s'adapter très bien aux services de l'hôpital.

De plus, l'autonomie institutionnelle de même que la perspective naturellement égocentrique des établissements se trouve d'autant renforcée du fait de l'existence d'une telle structure budgétaire et ce au détriment de la complémentarité institutionnelle. On entretient aussi le culte de l'unicité et de la non-comparabilité institutionnelle.

Troisièmement, le cycle budgétaire est brisé par une régulation interne déficiente. Les systèmes d'information produisent de l'information sur des indicateurs d'intrants et de processus. Les indicateurs d'extrants sont fragmentés car l'information comptable et l'information clinique ne peuvent être reliées de façon à fournir une indication réelle en termes de coûts/efficacité des performances. Quant à l'évaluation des résultats de ces extrants, il n'existe pas de mécanisme permanent et continu d'évaluation, de sorte que celle-ci se fait sporadiquement et sans lien fonctionnel avec les décisions d'allocation des ressources. Ceci oblige de recourir à une procédure à la marge et accrédite encore davantage le biais décisionnel en

faveur du discours sur les ressources au détriment de celui sur les besoins et les priorités.

Quatrièmement, le processus budgétaire est éminemment politique. Particulièrement en période de compressions budgétaires et de redistribution des ressources où il est connu que la lutte pour les ressources est plus acharnée et plus conflictuelle, les jeux politiques sont nombreux et complexes. De plus, ils sont activés par le déséquilibre et l'ambiguïté inhérents au partage actuel des pouvoirs reconnus formellement dans ce système.

A un extrême du processus, le pouvoir d'allouer les ressources appartient ultimement au Conseil du trésor et ses enjeux sont essentiellement économiques. Sa proximité avec le niveau politique infléchit l'exercice de ce pouvoir dans le sens des enjeux politiquement sensibles. La distance de pouvoir entre le Conseil du trésor et le Ministère s'est accrue au fil des ans de sorte que le discours sur les besoins que véhicule le Ministère et le réseau a peu de portée et oblige ses tenants à jouer de stratagèmes variés autant technocratiques que politiques pour lui faire atteindre les écoutes décisionnelles supérieures. Les pouvoirs d'allocation qui incombent aux autres niveaux de la hiérarchie organisationnelle du système sont subordonnés à ceux du Conseil du trésor. Les jeux politiques se perpétuent aux autres niveaux de la structure hiérarchique du système socio-sanitaire aidés en cela par l'ambiguïté des pouvoirs du niveau régional. Dans ces jeux politiques, le centre hospitalier se trouve avantagé par sa force de représentation aux tribunes régionales, par le pouvoir professionnel qu'il récupère à son avantage et par la sensibilité politique

des problèmes qui le confrontent et dont il sait tirer parti dans son débat pour les ressources. L'incrémentalisme et la structure budgétaire par établissement s'il n'accentuent pas à la marge le pouvoir de l'hôpital d'une année à l'autre, en perpétuent la prédominance car les correctifs qu'on ne peut apporter qu'à la marge, sont insuffisants pour résorber le caractère séculairement hospitalo-centrique du système.

Le pouvoir de dépenser, d'économiser et d'être productif se situe, plutôt vers le bas de la hiérarchie du système et se trouve, à l'autre extrémité du processus, entre les mains des professionnels et de leur pouvoir d'expertise ,du monde des dirigeants d'établissements et de leurs pouvoirs corporatifs.

Deux mondes dont l'intégration, particulièrement en milieu hospitalier, fait problème. Le monde professionnel (et plus spécifiquement médical) est, de par sa nature, centré sur la production des services et sur la logique proactive qui l'accompagne: il faut répondre aux besoins et aux attentes et fournir à cet égard les meilleurs services. C'est l'obligation éthique qui lie le médecin à son client. Autonome et jouissant d'un inéluctable pouvoir de compétence, le monde médical a su se doter de mécanismes légaux, corporatifs, syndicaux et organisationnels puissants et sophistiqués qui lui assurent au sein du réseau, outre un statut particulier, une certaine immunité face aux pressions, principalement économiques du système.

Le monde du gestionnaire d'établissement et de son conseil d'administration possède de par l'autonomie corporative de l'établissement, certains leviers

qui, à ce niveau, lui permettent de déroger aux règles, d'être dans certains cas, délinquant et de ce fait... de forcer la machine budgétaire.

Or, l'exercice des pouvoirs de ces deux mondes n'est orienté que par un pouvoir de réglementation mal supporté par une information essentiellement centrée sur des intrants et des processus. De surcroît, ces pouvoirs sont à la merci des aléas politiques internes. Les conceptions du système ne sont pas homogènes, les leaderships changent fréquemment, les règles du jeu varient d'une année à l'autre. Ceci pousse notamment le Ministère à se camper dans un rôle de gestionnaire "cas par cas" au détriment du rôle de «pilotage» du système qui lui incombe.

Enfin, entre ces deux formes extrêmes de pouvoirs, on a disposé des relais administratifs intermédiaires qui n'ont eu d'autre effet que d'allonger ces processus décisionnels et de consommer des énergies considérables. Bref, la dynamique du «faire faire» est «disloquée» de la dynamique du «faire». Par le processus budgétaire décrit et analysé dans la présente recherche, par son caractère centralisé et séquentiel, par la multiplicité de ses règlements, par sa structure fonctionnelle fragmentée par établissement favorisant l'hôpital, par son système de comptabilisation, par le contrôle exercé uniquement sur des processus et par l'absence d'incitatifs positifs à une gestion efficiente reflète une vision très bureaucratique qui repose sur le postulat que tous les intervenants ont une vision globale unique du système et de ses objectifs, que leur adhésion spontanée et volontaire à ces objectifs et à ses finalités est acquise et que leur comportement est parfaitement prévisible. Or, il n'en est rien. Les acteurs et les niveaux organisationnels auxquels ils appartiennent ont leurs valeurs propres,

leurs enjeux à défendre et leurs stratégies. Ils ont même leurs traditions dans certains cas séculaires. Les zones d'incertitude qu'ils contrôlent sont aussi différentes tout en étant nécessaires à la réalisation de ses finalités. Il est impossible en effet de laisser un système de cette envergure sans direction pas plus qu'il n'est possible de nier le pouvoir des professionnels sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques qu'elles soient médicales ou sociales. Dans la pratique actuelle, la gestion formelle du budget semble faire abstraction de l'existence des contre-pouvoirs qui pourtant existent et que le système a lui-même légitimé par ses structures organisationnelles.

Le processus budgétaire, pas plus que le système de la santé et des services sociaux sur lequel il est modelé, ne peuvent se réduire à une conception organisationnelle unitaire où tout doit être, et se comporter selon la même rationalité que celle de ceux qui en ont conçu les structures et où tout se décide en haut de la pyramide organisationnelle.

Le fonctionnement organisationnel du système ne peut être vu comme un système mécanique, reflet d'une conception essentiellement classique et structuro-fonctionnaliste des organisations. Il est une organisation pluraliste caractérisée par l'entrecroisement constant de rationalités et de pouvoirs multiples, par un incessant jeu de relations de pouvoirs où les lignes hiérarchiques sont entremêlées de boucles de rétroaction, où les rapports entre les acteurs répondent davantage à une logique "de causalité mutuelle que de causalité linaire". C'est cette dynamique complexe du processus budgétaire qui se dissimule derrière le modèle logistique et linéaire présenté au chapitre 3.

En période de compressions budgétaires et de redistribution des ressources, le débat pour sauvegarder les acquis et obtenir sa juste part des minces marges de manoeuvre devient l'enjeu majeur de tous les intervenants, surtout dans un système aussi centralisé pour l'allocation des ressources et décentralisé pour les dépenses. La préoccupation budgétaire domine alors celle pour les besoins à tous les niveaux de la hiérarchie administrative du système. Il est alors possible d'observer un glissement des objectifs. Ces derniers semblent progressivement se déplacer d'objectifs de besoins et de résultats vers des objectifs d'économie de ressources et de processus. La qualité des services et la réponse aux besoins de la population deviennent des variables que l'on tient pour constantes. Ceci est d'autant plus facile que ces variables sont intangibles, difficiles à mesurer et que les systèmes d'information axés sur les intrants, les processus et sur les quantités incitent à le faire. Le budget et l'équilibre financier sont devenus des objectifs qui ont primauté sur ceux des besoins et des services.

Le corollaire de ces enseignements est fort éloquent. Il montre en effet que ce processus observé est devenu une fin en soi subjuguant ainsi les finalités du système. Ce phénomène explicable à la limite par les caractéristiques mêmes de ce système n'en demeure pas moins indésirable: un processus budgétaire devrait demeurer ce qu'il est par définition i.e. un moyen en vue d'atteindre des objectifs.

Cependant, force est de constater que ce processus colle parfaitement aux réalités systémiques en vigueur dans le régime socio-sanitaire québécois. Ce système est particulièrement préoccupé par la nécessité du contrôle des

coûts, ce qui déplace toute la perspective d'intervention socio-sanitaire, d'un axe de finalités à un axe économique qui évacue l'appariement de l'allocation des ressources en fonction de problématiques jugées prioritaires auxquelles pourraient être effectivement associés des objectifs d'intervention.

Le tableau peut sembler bien sombre et injuste envers les efforts positifs qui existent réellement dans le système. Les entretiens ont d'ailleurs mis sur la route des chercheurs des personnes dynamiques et préoccupées par une gestion efficace et performante. Toutefois il faut revenir à la case de départ et assurer qu'en dépit d'initiatives remarquables, ce sont les "problèmes liés au fonctionnement du système" qui ont attirés les chercheurs sur le terrain. Par conséquent, la perspective de recherche se trouvait tournée vers ces situations plutôt négatives. Il ne faut cependant pas oublier ce qu'enseignent certains théoriciens de la décision et qui posent comme condition préalable à une décision de changement, l'existence d'une situation problématique. C'est bien cette veine d'espoir qui justifie d'aller au fond des choses. Comme le processus budgétaire est par définition calqué sur le mode d'organisation du système socio-sanitaire québécois et que c'est ainsi qu'il a pris sa vraie mesure, il serait utopique de penser réussir à remodeler le processus sans changer aussi le cadre dans lequel il se déroule.

On pourrait bien sûr alléguer ici, à l'encontre de ce qui précède, qu'en dépit de ses carences, le système marche... que les différences, les confrontations et les conflits observés sont inhérents à tout système ouvert... qu'ils sont même essentiels à son équilibre homéostatique et pour

contrer l'entropie qui, en leur absence, jouerait inéluctablement sur lui le faisant dégénérer vers l'anarchie.

Loin de nier ce fait, car le faire serait aller à l'encontre des fondements même de la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy, 1968), la présente recherche démontre plutôt le contraire. Le système est en équilibre homéostatique mais cet équilibre n'est pas orienté vers les bonnes finalités. "*L'Homéostat est mal réglé...*". Les énergies investies dans ce système et les effets synergétiques que produisent leur confrontation ou leur convergence ont progressivement amené le glissement de finalités socio-sanitaires vers des finalités économiques.

Il faut alors ré-orienter les énergies de sorte qu'elles engendrent de nouvelles synergies propres à créer une culture organisationnelle du système socio-sanitaire centrée sur ses finalités et non sur ses moyens.

A cet égard, les enseignements sur le fonctionnement du système socio-sanitaire québécois qu'il nous est permis de tirer de la lecture de son processus budgétaire fournissent quelques indications sur certains des principes autour desquels cette orientation des énergies pourrait s'articuler. Ils se dégagent de cette recherche et sont repris ci-dessous en synthèse:

1) Il apparaît nécessaire de rapprocher l'allocation budgétaire de son lieu d'exécution, puisqu'une approche centralisée pour l'allocation et décentralisée pour la dépense est problématique et que dans le contexte de bureaucratie professionnelle qui caractérise le système socio-sanitaire, une approche essentiellement centralisatrise apparait contre nature. C'est par

la conscientisation des acteurs que la responsabilisation économique s'effectuera et la décentralisation offre de meilleures promesses de succès que son opposé. Quelle pourrait être la forme d'une décentralisation du budget? C'est là une question qui déborde le cadre de la présente recherche puisqu'elle suppose la redéfinition des structures du système lui-même.

2) Puisqu'il est maintenant connu que la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux réaffirme les principes d'accessibilité universelle, de gamme complète des services, de continuité des services et de participation (c.f. Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux: **Quelques pistes de réflexion**, 1987, "Les finalités et les objectifs: Un essai de définition" pp. 17 à 21), il apparaît que la structure d'un budget par catégorie d'établissement dans un contexte de recherche de la complémentarité institutionnelle et professionnelle doive être reconsidérée. Encore ici, le modèle de structure budgétaire doit être calqué sur le modèle de structure du système socio-sanitaire qui sera conçu.

3) Il est nécessaire de replacer le discours sur les finalités et les objectifs socio-sanitaires avant celui sur les ressources dans la mise en branle de l'opération annuelle de budgétisation. Dans cette perspective, il est essentiel d'harmoniser la structure et le processus budgétaire de telle sorte qu'il s'établisse une cohérence interne entre le budget tel que conçu en haut de la pyramide et le budget au sein des établissements. De plus, cette structure budgétaire, si elle doit promouvoir les objectifs de globalité et de complémentarité institutionnelle, devrait revenir ici à une forme de budgétisation centrée sur les programmes socio-sanitaires et sur les résultats.

4) Il apparaît essentiel de repenser les systèmes d'information clinique et comptable de façon à permettre l'évaluation continue des performances en termes de coûts/efficacité, l'établissement

de bases budgétaires stables et équitables et une régulation améliorée du processus budgétaire.

5) Les règles de budgétisation et de contrôle doivent être simplifiées de façon à faire une place plus grande à l'intrapreneurship et à l'innovation. Ces règles devraient être remplacées par des incitatifs positifs et négatifs fermes, visant à récompenser sous diverses formes l'excellence individuelle et institutionnelle et réprimer les abus.

Il est cependant impératif de comprendre la réalité politique dont est imbibé ce système pour bien voir que le processus en est entièrement tributaire. C'est bien là, espèrent les auteurs, la contribution de cette recherche: aider à placer en perspective réaliste et actuelle les scénarios éventuels visant à réformer le système. Recommander ici des réformes sur le processus serait reconnaître son antécédence sur le système et ainsi le justifier comme fin en soi. Pour les raisons qui précèdent, il ne saurait en être question ... le processus doit redevenir un moyen ajusté à un système doté de finalités.

Toute réforme du système qui ne tiendrait pas compte des réalités dont l'étude de ce processus rend compte serait privée d'une connaissance des modes de transaction en vigueur dans le réseau socio-sanitaire québécois. De toute évidence, l'heure des réformes doit être précédée de longues minutes de compréhension du réel. En ce sens, cette recherche constitue un des préambules nécessaires à la réforme du système des services de santé et des services sociaux au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

Livres et articles

Association des centres d'accueil du Québec (1986), "Le système québécois de santé et des services sociaux: une recherche de solution", Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, juin.

Association des centres d'accueil du Québec (1986), "Réflexions sur le système québécois de santé et des services sociaux", Mémoire présenté à la Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux, janvier.

Association des conseils des médecins et dentistes du Québec (1986), "Représentation de l'association à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux", mars.

Association des hôpitaux du Québec (1986), "Mémoire de l'AHQ" à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, juin.

Bernard, L. (1987), Réflexion sur l'art de gouverner, ENAP, Québec/Amérique.

Bhérer, H. et al. (1986), Le miroir magique de la décentralisation, Rapport de recherche subventionné par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction de l'évaluation, décembre.

Blain, G. (1980), La réforme des affaires sociales au Québec: instruments et contraintes, Les éditions Administration de la Santé, Montréal.

Borgeat, L., Dussault, R. et Ouellet, L. (1982), L'administration québécoise: organisation et fonctionnement, Presses de l'Université du Québec, ENAP.

Carter, R. (1984), "Les finances publiques" dans Riverin et al., Le management des affaires publiques, ch. 4, G. Morin et ass.

Carter, R., "Les causes et les remèdes de la "crise" des finances publiques au Québec", Ecole Nationale d'Administration Publique, document non publié.

Conférence des CRSSS (1986), "Mémoire de la Conférence des CRSSS sur des pistes de solutions aux problèmes du système de santé et des services sociaux québécois", présenté à la Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux, 2 juillet.

Conférence des CRSSS (1987), "Le devenir des fonctions et de l'organisation régionale: orientations 87-92", 4 février.

Conseil du trésor, Québec (1986), "Pour une rénovation de l'administration publique: synthèse de la consultation", Reflets, mai.

Crozier, M. et Friedberg E. (1977), L'acteur et le système, Seuil.

CRSSS, l'Estrie (1986), "Mémoire du CRSSSE à la Commission Rochon" (mai).

CRSSS, Montréal Métropolitain (1986), "Les problèmes et les enjeux... et quelques postes de solution", Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, mai.

CRSSS, Saguenay Lac St-Jean (1986), "Mémoire présenté à la Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux", 16 avril.

CRSSS-03 (Québec) (1986), "Mémoire soumis à la CESSSS", juin.

Denis, D. (1985), "Pour une nouvelle politique budgétaire québécoise", Institut C.D. Howe, Comité Québec, novembre.

Desrochers, G., "Le financement des établissements de santé et des services sociaux, Administration publique du Canada, automne 1979, vol. 22, no. 3, pp. 366-379.

Dixon, M. (1985), "Une expérience étrangère", Septième colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, 9 juin.

Dufault, G. (1985), "La décentralisation administrative: impact et perspectives", allocution présentée à une réunion des membres des conseils d'administration des centres d'accueil publics de la région 02, le 25 avril.

Enthoven, A. (1985), National Health Service: Some Reforms That Might Be Politically Feasible, The Economist, June 22.

Forget, Cl. E. (1985), "L'état pourra-t-il maintenir son financement des dépenses de santé?", 7e Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, 7 juin.

Forget, Cl. E., "The Canadian Health Insurance System: Is Good the Enemy of Better?", Presentation to the Colloquium on Aging With Limited Health Resources.

Fédération des CLSC (1986), "Les CLSC et la réforme socio-sanitaire: pour un bilan prospectif", point de vue de la FCLSC sur la situation du système québécois de la santé et des services sociaux présenté à la CESSSS, 4 mars.

Fédération des CLSC (1986), "Quelques pistes de solution aux problèmes du système de services de santé et de services sociaux au Québec", Document de réflexion soumis en préparation du colloque organisé par la Fédération des CLSC dans le cadre des

travaux entourant la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 25-26 avril.

Fédération des CLSC du Québec (FCLSC) (1986), "Les CLSC de demain: au centre des services locaux", Mémoire déposé à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, juin.

Glazer, W.A. (1981), Paying the Hospital, San Francisco, Jossey Bass.

Gosselin, R. (1985), "The Quebec Health Care System in the Canadian Context: Impact on Medical Practice", The Journal of Medical Practice Management, vol. 1, no. 1,.

Gosselin, Roger (1981), Les conseils régionaux: une décennie d'évolution", Administration hospitalière et sociale, novembre-décembre, p. 4-10.

Gouvernement du Canada (1985-86), "Ministère de la santé nationale et du bien-être social", tiré de Programmes et activités fédéral/provinciaux, Répertoire.

Gouvernement du Québec, "Réglement sur la promesse et l'octroi de subventions", Loi de l'administration financière (L.R.Q.C.A-6, a.49).

Gouvernement du Québec, Loi de l'administration financière, Ministère des Finances, L., ch. 17 des Lois de 1970.

Gouvernement du Québec: "Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être Social", Tome III, Titre II, Le Régime de la Santé.

Government of England (1977), "The Reorganized NHS", Office of Health Economics, Paper no. 58, London.

Harrisson, D.H. et Kimberley, J.R. (1985), "HMOs Don't Have to Fail", Harvard Business Review, July, August.

Heclo, H. et Wildavsky, A. (1974), The Private Government of Public Money, University of California Press.

Légaré, A. et Langlais, M. (1977), "Le budget global: formule adoptée qu'il reste à adapter", 65 à l'heure, #4, mai, MAS, pp. 4-12.

Mintzberg, H. (1979), The Structuring of Organizations, A Synthesis of the Research, Englewood Cliff, N.J., Prentice-Hall, 1979.

Morgan, G. (1986), Images of Organizations, Sage.

Morin, C.L. (1984), "La décision politique" dans Riverin et al., Le management des affaires publiques, ch. 10, G. Morin et ass.

MSSS (1983), "Evaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales", Evaluation des programmes, novembre.

MSSS (1985), "Le système de la santé et des services sociaux du Québec".

MSSS, "Système d'information Med-Echo: Bilan de la revision", 1986.

MSSS, Normes et pratiques de gestion, Tomes 1 à 4.

Parlement du Canada, Lois du Parlement du Canada, 2e session de la trentième législature, 1977 et proclamation de 1983 modifiant la constitution.

Patton, M.Q. (1980), Quantitative Evaluation Methods, Sage.

Projet SIG (1985), "Résumé du guide sur les systèmes d'information de gestion dans les établissements de santé du Canada", 1er novembre.

Riverin, A. (1984), "Les processus budgétaires" dans Riverin ed., Le management des affaires publiques, ch. 7., G. Morin et ass.

Sodestrom, L. (1984), "Federal-Provincial Cost Sharing: Can Ottawa Influence Provincial Health Policies Using Financial Carrots?", Proceedings, 2nd Canadian Conference On Health Economics.

St-Pierre, M.A. (1985), "Evolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1976-77 à 1985-86", Evaluation des programmes, Ministère de la santé et des services sociaux, novembre.

Turgeon, J. (1985), "Que font les CRSSS?, Répertoire de l'activité de conseils de la santé et des services sociaux", Evaluation des programmes, MSSS, décembre.

Turgeon, J.(1986), "Que font les CRSSS?: analyse de l'activité de conseils de la santé et des services sociaux", Evaluation des programmes, MSSS., février.

Villeneuve, M. (1986), "Hôpitaux: Décroissance et stratégies", Gestion, novembre.

Vérificateur général du Québec (1984), Rapport à l'Assemblée Nationale, année financière terminée le 31 mars.

Von Bertalenffy, L. General system Theory, Braziller, N.Y., 1968.

Wildavsky, A. (1975), Budgeting: A Comparative Theory of Budgeting Processes, Little, Brown et Co..

Documents internes non publiés

Beaupré, M. et Boucher, P., "Utilisation des ressources humaines dans le secteur hospitalier au Québec 1979-80 à 1984-85", document interne, Services des études opérationnelles, M.S.S.S., août 1986.

Brunelle, Yvon et Ouellette, Denis, "Conditions préalables à l'implantation d'un HMO au Québec", Service de planification stratégique, Ministère de la santé et des services sociaux, avril 1987.

Conférence des CRSSS, Rapport annuel, 1985-86.

Conseil du trésor, "Note interne sur les difficultés de fonctionnement avec le ministère des Affaires sociales dans le cadre des dossiers budgétaires", document non publié, 24 novembre 1982.

Conseil du trésor, "Rapport concernant la gestion budgétaire du gouvernement", octobre 1978.

Conseil du trésor, "Refonte de la directive 3-81 concernant les règles relatives à la préparation des prévisions budgétaires annuelles", Séance du 25 juin 1986.

Conseil du trésor, Mémoires du Conseil du Trésor au Conseil des ministres, 1983, 1984, 1985, 1986.

Conseil du trésor, Organigramme du secrétariat du Conseil du trésor, 1987.

Conseil du trésor, Rapport concernant la gestion budgétaire au gouvernement, octobre 1978.

CRSSS de l'Outaouais, "Système intégré de traitement des données pour les fonctions de planification et de recherche", Projet de développement, document interne, janvier 1987.

CRSSS l'Estrie, "Relations entre le DSC et le CRSSSE", document interne de travail (juin 1984).

CRSSS l'Estrie, CRSSS-05, "La décentralisation", document de travail interne (juin 1984).

CRSSS l'Estrie, Rapport annuel, 1986, Organigramme du CRSSSE (octobre 1986).

CRSSS, Abitibi-Témiscamingue, "La sectorisation: orientations et hypothèses", document interne, décembre 1981.

CRSSS, Abitibi-Témiscamingue, "Projet pilote de décentralisation et de rationalisation des services", document interne, décembre 1986.

CRSSS, Côte Nord, Rapport annuel, 1985-86, Organigramme général, ressources budgétaires du CRSSS-09.

CRSSS, Montréal Métropolitain, Rapport des activités pour l'année 1985-86.

CRSSS, Montérégie, Plan directeur, 1986-87, rapport annuel, "Règlement constituant la table des centres hospitaliers ayant un D.S.C.".

CRSSS, Outaouais, Rapport annuel, 1985-86, Organigramme 02-87.

CRSSS, Québec, Document interne, "La coordination sous-régionale par la concertation sous-régionale".

CRSSS, Québec, Rapport annuel, 1985-86, Organigramme.

CRSSS, Saguenay Lac St-Jean, Rapport annuel, 1984-85, 1985-86.

CRSSS/Abitibi-Témiscamingue, Rapport annuel 1985-86, Tableau des postes budgétisés 1987-88, Description des postes de cadres, Organigramme, mai 1986.

CRSSS/de Lanaudière et des Laurentides, Rapport d'activités 1985-86, Organigramme.

Desrochers, G., "Financement et budgétisation des hôpitaux", rapport soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, mars 1987.

Gouvernement du Québec, "Activer la croissance économique et la lutte aux inégalités sociales, rapport, août 1981.

Gouvernement du Québec, "Concernant les règles relatives à la présentation des prévisions budgétaires annuelles", Répertoire des politiques administratives, Directive #3-81 refondue par C.T. 157100 du 18 juin 1985 modifiée par C.T. 158370 du 17 septembre 1985.

Gouvernement du Québec, "Le système de budget par programme: PPBS et son utilisation au Gouvernement du Québec", Conseil du trésor, avril 1972.

Gouvernement du Québec, Mémoire au Conseil des ministres de M. Guy Chevrette, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, juin 1985.

Hôpital Notre-Dame de Montréal, Document de travail," planification des activités", budget, première partie, Direction des finances, janvier 1987.

Hôpital Ste-Justine, "La gestion budgétaire", document interne préparé par la direction des services financiers, décembre 1986.

Leflaive, X., "Cadre conceptuel et hypothèses relatives à l'étude empirique", document non publié, Groupe de recherche en santé et services sociaux, Université Laval, août 1986.

Leflaive, X , "Le budget comme instrument économique et politique: analyse théorique et cadre conceptuel", document non publié, Groupe de recherche en santé et services sociaux, Université Laval, août 1986.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, "Causes des déficits financiers", document interne, 2 août 1985.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, "Formulaires des rapports financiers annuels des établissements de la santé et des services sociaux de 1981 à 1986", AS-471 - AS-477.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, "Gestion financière des établissements du réseau des affaires sociales", Rapport final du Comité de coordination, MAS-CRSSS - Établissements, nov. 1984.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, "La gestion financière: un système en devenir", Direction des politiques et systèmes financiers, 5 septembre 1986.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé, Exemplaires de lettres aux établissements accompagnant et expliquant l'enveloppe finale du budget autorisée par le ministère, 30 avril 1986.

Ministère des Affaires sociales, "Gestion financière régionalisée", Direction de la budgétisation, 31 janvier 1985.

Ministère des Affaires sociales, "Méthode de révision des bases budgétaires", Direction générale du budget et contrôles financiers, novembre 1984.

Ministère des Affaires sociales, Direction des services juridiques, Direction de la budgétisation, "Causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers: Impact du processus budgétaire et de la législation existante", 9 novembre 1984.

MSSS, "Elaboration d'une structure du budget par programmes au MAS", avril 1982.

MSSS, "Eléments pour une politique de décentralisation administrative", 20 mars 1980.

MSSS, "L'allocation de l'ajustement budgétaire au titre du coût de système: centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques, document interne, 1987.

MSSS, "La gestion financière au ministère de la Santé et des Services sociaux", Direction de la budgétisation, 3 décembre 1985.

MSSS, "Rapport du Groupe de travail sur la révision de la structure des programmes", 19 août 1981.

MSSS, Organigrammes, octobre 1971, mai 1974, août 1977, septembre 1979, février 1984; juillet 1982, juin 1984, avril 1985.

Ontario Ministry of Health, Hospital Operating Budgets, Forms, Explanatory Notes and Quaterly Operating Statements, 7038-94 Title (86/12).

Pascot, D. et al., Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux, Rapport soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, avril 1987.

Poulin, M., L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux, Rapport de recherche soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 15 avril 1987.

ANNEXE I

APPROCHES DE RATIONALISATION BUDGETAIRE INITIEES PAR LE CONSEIL DU TRESOR

L'allocation interprogrammes

Cette approche consiste à demander aux ministères la projection de leurs dépenses sur trois ans afin de dégager leurs priorités sectorielles. Elle constitue l'instrument privilégié pour la planification et l'ordonnancement des stratégies de développement des ministères par le gouvernement.

La revue des programmes

Elle consiste au calcul par les analystes du Conseil du trésor de l'enveloppe de base de chacun des programmes.

Le mémoire des programmes

Il constitue l'outil devant permettre une *réévaluation* de la base financière d'un programme.

Les mesures d'impact et de performance

Le développement projeté d'indications pour mesurer l'impact et la performance des programmes.

La gestion par programme

Elle consiste à faire identifier par les ministères, des programmes ou éléments de programme pour lesquels ils doivent soumettre une programmation budgétaire plus détaillée que celle requise lors de la revue des programmes.

Le contrôle des subventions

Il consiste à faire préciser les critères et modes d'octroi de chacun des programmes de subventions des ministères.

Le contrôle des masses salariales

La mise en place de la direction générale du personnel et des relations de travail, permet au Conseil du trésor d'exercer les pouvoirs qui lui sont conférés par les lois en matière de négociation des offres salariales.

Le suivi de l'exécution du budget

Il est réalisé par le contrôle du Conseil du trésor sur l'autorisation des actes administratifs des ministères.

Source: Rapport concernant la gestion budgétaire au gouvernement, Conseil du trésor, Octobre 1978.

ANNEXE 2

STRUCTURE DES PROGRAMMES

DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, 1972

1.- Services communautaires

2.- Services en milieu scolaire

3.- Soutien aux organismes bénévoles

4.- Consultation spécialisée sociale

5.- Réadaptation à l'enfance

6.- Réadaptation aux adultes

7.- Protection et hébergement

8.- Soins spécialisés

9.- Soins superspécialisés

10.- Soins à long terme

11.- Recherche

12.- Promotion

Source: "Elaboration d'une structure de budget par programme au ministère des Affaires sociales". Document interne, Avril 1972.

ANNEXE 3

STRUCTURE DES PROGRAMMES DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICE SOCIAUX 1983-84

RAMQ

Services en CLSC

Soutien des organismes bénévoles

Services en CH

Services en CAH

Services en CAR

Coordination de la recherche

Coordination régionale et nationale

Source: La Revue des programmes, ministère de la Santé et des Services sociaux.

ANNEXE 4

MANDATS DES CRSSS TOUCHANT AU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

1976- Le Ministère émet la circulaire (30-00-05) qui permet aux CRSSS d'autoriser les répartitions, et réparations de moins de 50 000 $ soumises par les CH, CA et CSS.

Dans le cas des CH, cette limite est portée à 1 000 000 $ et inclut alors les transformations, agrandissements, rénovations, réparations majeures, constructions, aménagements et démolitions d'immeubles.

1977- Par des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi 10, (L.Q. 1977, c. 48) le Ministère donne aux CRSSS, le mandat de mettre sur pied des commissions administratives sectorielles qui doivent aviser le conseil régional sur les dossiers qui lui sont confiés par le Ministère.

Le Ministère confie alors aux CRSSS la responsabilité de:

- l'organisation et la coordination des services psychiatriques de courte et longue durée (NP. 3 - 1977);
- l'implantation, le developpement et la consolidation du réseau des CLSC (NP. 1 - 1977);
- la coordination et la transformation progressive du réseau des services offerts aux mésadaptés sociaux (NP. 2 - 1977);
- l'allocation des budgets d'immobilisation de moins de 250 000 $ et de tous les équipements des CA, CSS et des CLSC.

Dans le même ordre d'idées, le CRSSS se voit confier la responsabilité d'assumer dans le cadre des critères et des enveloppes globales déterminées par le Ministère, la

répartition de l'enveloppe budgétaire pour services à domicile, dans leur région.

1979- A partir d'une modification à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Projet de loi 103, 1978), l'arrêté en conseil 3179-79, confirme la délégation des responsabilités aux conseils régionaux sur les secteurs énoncés en 1977:

- les services de santé mentale: ce concept correspond à un élargissement de la notion des services psychiatriques;
- les activités de réadaptation: incluant la mésadaptation sociale, l'inadaptation mentale et physique;
- les services relevant des CLSC;
- les services à domicile;
- les activités reliées au transport des malades et blessés.

Pour ces secteurs, le CRSSS assume des fonctions de programmation, planification régionale, financement, contrôle et évaluation. La fonction de financement consiste à déterminer des plans de réallocation qui doivent être approuvés par le ministre, il doit aussi répartir les enveloppes régionales de développement fixées par le Ministère à l'intérieur de critères, entre les organismes et les établissements de sa région.

En 1979 aussi, la circulaire 30-00-05A vient réaffirmer de façon plus rigoureuse la directive (30-00-05) de janvier 1976.

1980- Le décret 2234-80 confie au CRSSS de l'Estrie, des fonctions de planification, de programmation, de budgétisation, de contrôle et d'évaluation sur l'ensemble des établissements de son territoire.

Plus spécifiquement, à l'intérieur de ces mandats, le CRSSS de l'Estrie et le CRSSS du Saguenay-Lac-St-Jean ont maintenant le mandat de conseiller le ministre sur les critères d'élaboration de leur enveloppe budgétaire régionale, de présenter d'ici trois ans les demandes budgétaires destinées à financer les dépenses de fonctionnement des établissements et de répartir les sommes octroyées entre ces établissements à l'intérieur des paramètres fixés par le MAS.

1981- Une circulaire (1981-114) du sous-ministre confie aux CRSSS un mandat dans le cadre de l'opération "plans de redressement des établissements". Les CRSSS doivent aider les établissements à prendre les mesures qui visent à diminuer leurs dépenses de fonctionnement et à élaborer leur plan de redressement.

1984- Des articles du règlement sur la gestion financière des établissements (Ant. 17, 23, 24) confient aux CRSSS:

- Des responsabilités de recevoir les consultations des établissements avant leur autorisation par le Ministre d'accepter un don assorti d'une condition pouvant entraîner des dépenses déjà autorisées;

- la responsabilité, le cas échéant, de préparer des plans d'équilibre budgétaire et de les transmettre au ministre;

- la responsabilité de recevoir, le cas échéant, les plans d'équilibre budgétaire des établissements du réseau;

- des mandats gouvernementaux (Art. 36, règlement gestion financière) donnant aux CRSSS la responsabilité d'autoriser la conclusion de contrats par les établissements visant les services suivants: informatique, buanderie, cafétéria, équipements médicaux spécialisés.

ANNEXE 5

LISTE DES FORMULAIRES UTILISÉS POUR LES RAPPORTS DES ÉTABLISSEMENTS AU M.S.S.S.

- **Rapports de suivi et contrôle budgétaire**

  AS-446 "Budget détaillé"
  AS-443 "Plan d'équilibre budgétaire"
  AS-444 "Rapport trimestriel"
  AS-445 "Évolution des heures rémunérées"

- **Rapport statistique annuel**

  AS-477 CH et CLSC opérant des lits de soirs de courte durée et de longue durée.

  AS-471 Établissements publics en santé
  AS-472 Établissements privés conventionnés
  AS-471 Établissements publics de services sociaux
  AS-475 Conseils régionaux de la santé et des services sociaux

  AS-479R Établissements de réadaptation public et privé
  AS-479H Établissements d'hébergement public et privé

  AH-101P Formulaire abrégé d'admission-sortie

ANNEXE 6

LISTE DES CENTRES D'ACTIVITES ET DES UNITES DE MESURES PAR CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS*
CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

1.1	Activités principales	Unités de mesure
6170	Soins à domicile	La visite à domicile - le bénéficiaire
6500	Santé au travail	L'intervention - le bénéficiaire
6510	Santé maternelle et infantile	L'intervention - le bénéficiaire
6511	Périnatalité	L'intervention - le bénéficiaire
6512	Santé infantile	L'intervention - le bénéficiaire
6520	Planification des naissances	L'intervention - le bénéficiaire
6530	Aide à domicile	La visite à domicile - la famille aidée
6540	Services dentaires préventifs	L'intervention - le bénéficiaire
6550	Services dentaires curatifs	L'intervention - le bénéficiaire
6560	Services sociaux courants	L'intervention - le bénéficiaire
6570	Services de santé courants	L'intervention - le bénéficiaire
6580	Santé préventive	L'intervention - le bénéficiaire
6590	Services en milieu scolaire	L'intervention - le bénéficiaire
6591	Santé scolaire	L'intervention - le bénéficiaire
6592	Services sociaux scolaires	L'intervention - le bénéficiaire
6600	Laboratoires	L'unité technique
6760	Electrocardiographie	L'examen pondéré
6830	Radiodiagnostic	Unité technique provinciale
7110	Nutrition	L'intervention - le bénéficiaire

* Extrait du Manuel de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux mise en vigueur le 01/04/85.

7120	Action communautaire	L'intervention collective
7130	Accueil	Nil
7150	Gestion des programmes	Nil
7300	Administration générale	Nil
7400	Transport des malades	Le malade transporté
7401	Transport pour diagnostic ou traitement spécialisé	Le malade transporté
7402	Transport pour transfert de malades entre les établissements	Le malade transporté
7403	Transport par ambulance des personnes âgées	Le malade transporté
7640	Entretien ménager	Le mètre carré
7700	Fonctionnement des installations	Le mètre cube
7800	Entretien et réparation des installations	Le mètre cube

1.2 Activités accessoires

1.2.1 Activités complémentaires

0100	Recherche	Nil
0150	Projets pilotes	Nil
0200	Santé au travail (CSST)	Nil

1.2.2 Activités commerciales

0500	Parc de stationnement	Nil
0550	Cantine et casse-croûte	Nil

CENTRES HOSPITALIERS

1.1	Activités principales	Unités de mesure
6000	Administration des soins	Jour présence - heures travaillées
6050	Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants	Jour présence - admission
6051	Médecine	Jour - présence
6052	Chirurgie	Jour - présence
6053	Soins intensifs	Jour - présence
6054	Gynéco-obstétrique	Jour - présence
6055	Pédiatrie	Jour - présence
6056	Médecine et chirurgie (non réparti)	Jour - présence
6057	Unité des grands brûlés	Jour - présence
6070	Soins infirmiers de jour	Le patient
6120	Soins de courte durée aux malades mentaux - adultes et enfants	Jour - présence - admission
6121	Soins de courte durée aux malades mentaux - adultes	Jour - présence
6122	Soins de courte durée aux malades mentaux - enfants (0-18 ans)	Jour - présence
6130	Soins de longue durée aux malades mentaux - adultes et enfants	Jour - présence - bénéficiaire soigné
6131	Soins de longue durée aux malades mentaux - adultes	Jour - présence
6132	Soins de longue durée aux malades mentaux - enfants (0-18 ans)	Jour - présence
6140	Soins aux handicapés mentaux - adultes et enfants	Jour - présence

6141	Soins aux handicapés mentaux - adultes	Jour - présence
6142	Soins aux handicapés mentaux - enfants (0-18 ans)	Jour - présence
6150	Soins infirmiers de longue durée aux malades physiques (avec ou sans diagnostic psychiatrique associé)	Jour - présence - bénéficiaire soigné
6151	Soins infirmiers de longue durée aux malades physiques (sans diagnostic psychiatrique associé)	Jour - présence
6152	Soins infirmiers de longue durée aux malades physiques (avec diagnostic psychiatrique associé)	Jour - présence
6160	Soins d'assistance (physiques et psychiatriques)	Jour - présence
6161	Soins d'assistance (physiques)	Jour - présence
6162	Soins d'assistance (psychiatriques)	Jour - présence
6170	Soins à domicile (maladies physiques et mentales)	La visite à domicile/le bénéficiaire
6171	Soins à domicile (maladie physique)	La visite à domicile/le bénéficiaire
6172	Soins à domicile (maladie mentale)	La visite à domicile/le bénéficiaire
6180	Hôtellerie hospitalière	Le jour-présence en hôtellerie
6200	Soins aux nouveaux-nés	Le jour-présence en hôtellerie
6201	Soins aux nouveaux-nés (généraux)	Le jour-présence/l'admission
6202	Soins aux nouveaux-nés (néonatalogie)	Le jour-présence/l'admission
6230	Bloc obstétrical	La patiente - l'accouchement
6260	Bloc opératoire	Heure-présence du bénéficiaire - le patient

6300	Services ambulatoires	La visite
6301	Bloc d'urgence	La visite
6302	Consultations externes	La visite
6303	Planification familiale	La visite
6304	Unités de soins familiaux	La visite
6305	Alimentation parentérale	La visite
6306	Oncologie	La visite
6307	Hôpital de jour	La visite
6310	Services ambulatoires psychiatriques	La visite
6311	Urgence psychiatrique	La visite
6312	Consultations externes - adultes	La visite
6313	Consultations externes - enfants (0-18 ans)	La visite
6320	Centre de stérilisation et de distribution	Le jour - présence/l'admission/la visite/le patient
6350	Inhalothérapie	La séance d'inhalothérapie/unité technique provinciale
6500	Santé au travail	Nil
6530	Aide à domicile	La visite à domicile/la famille aidée
6540	Santé dentaire	La personne rencontrée
6580	Prévention	Nil
6590	Santé scolaire	La personne rencontrée
6600	Laboratoires	L'unité technique
6601	Hématologie	L'unité technique
6602	Biochimie	L'unité technique
6603	Microbiologie	L'unité technique
6604	Pathologie	L'unité technique
6605	Cytologie	L'unité technique

6606	Prélèvements d'échantillons	L'unité technique pour prélèvement
6607	Autres laboratoires	L'unité technique
6750	Hémodynamie	L'examen
6760	Electrocardiographie	L'examen pondéré
6770	Electro-encéphalographie	L'examen pondéré
6780	Médecine nucléaire	L'unité technique provinciale
6790	Hémodialyse	Le traitement d'hémodialyse
6791	Hémodialyse (bénéficiaires hospitalisés et externes)	Le traitement d'hémodialyse
6792	Hémodialyse à domicile	Le traitement d'hémodialyse
6800	Pharmacie	Jour - présence
6830	Radiodiagnostic	L'unité technique provinciale
6840	Radiothérapie	Le traitement - la visite du bénéficiaire
6860	Audiologie et orthophonie	Le malade traité
6870	Physiothérapie	L'unité pondérée - la visite du malade
6880	Ergothérapie	L'unité pondérée - le malade traité
6890	Activités dirigées	La présence
6891	Activités dirigées - loisirs et sports	La présence
6892	Activités dirigées - ateliers	La présence
6900	Réinsertion et intégration sociale (maladies physiques et mentales)	Le bénéficiaire suivi
6901	Réinsertion et intégration sociale (maladies physiques)	Le bénéficiaire suivi
6902	Réinsertion et intégration sociale (maladies mentales)	Le bénéficiaire suivi
6920	Psychologue	L'entrevue
6970	Centre de jour (maladies physiques et mentales)	La présence

6971	Centre de jour (maladie physique)	La présence
6972	Centre de jour (maladie mentale)	La présence
6980	Foyers de groupe (maladies physiques et mentales)	Jour - présence au foyer
6981	Foyers de groupe (maladie physique)	Jour - présence au foyer
6982	Foyers de groupe (maladie mentale)	Jour - présence au foyer
6990	Hébergement en pavillon (maladies physiques et mentales)	Jour - présence au pavillon
6991	Hébergement en pavillon (maladie physique)	Jour - présence au pavillon
6992	Hébergement en pavillon (maladie mentale)	Jour - présence au pavillon
7200	Enseignement	La semaine-étudiant/la consultation bibliothèque
7201	Rémunération des bacheliers en pharmacie et des résidents en art dentaire	La semaine-étudiant
7202	Coordination et soutien	La semaine-étudiant
7203	Bibliothèque médicale	La consultation - bibliothèque
7300	Administration générale	Nil
7301	Direction générale	Nil
7302	Administration financière	Nil
7303	Administration du personnel	Nil
7304	Administration des services professionnels	Nil
7310	Administration des services hospitaliers	Nil
7320	Administration des services auxiliaires	Nil

7330	Administration de la santé communautaire	Nil
7340	Informatique	Nil
7400	Transports de bénéficiaires	Le bénéficiaire transporté
7401	Transport pour diagnostic ou traitement	Le bénéficiaire transporté
7402	Transport pour transfert de bénéficiaires entre des établissements	Le bénéficiaire transporté
7403	Transport par ambulance des personnes âgées	Le bénéficiaire transporté
7500	Archives médicales	L'admission, la visite et le patient
7520	Accueil, communications et transport général	Jour - présence, l'admission, la visite, le patient
7521	Accueil	Jour - présence, l'admission
7522	Communications et messagerie	Jour - présence
7523	Transport général	Jour - présence
7550	Alimentation	Le jour-repas
7600	Buanderie et lingerie	Jour - présence/la visite du bénéficiaire
7640	Entretien ménager	Le mètre carré/le jour - présence
7700	Fonctionnement des installations	Le mètre cube/le jour - présence
7710	Service de sécurité	Le mètre carré/le jour - présence
7800	Entretien et réparation des installations (générales)	Le mètre cube/le jour - présence
7801	Entretien et réparation des installations (générales)	Le mètre cube/le jour - présence
7802	Entretien et réparation des installations (équipements médicaux)	Nil
7910	Besoins spéciaux	Nil
7920	Dépenses personnelles	Nil

7990	Activités spéciales	Nil

1.2 Activités accessoires

1.2.1 Activités complémentaires

0100	Recherche	Nil
0150	Projets pilotes	Nil
0200	Santé au travail	Nil
0250	Soutien à l'enseignement médical	Nil
0260	Internes et résidents en médecine	Nil
0300	Consultations externes dentaires	Nil
0350	Prothèses et appareils orthopédiques	Nil

1.2.2 Activités commerciales

0500	Parc de stationnement	Nil
0550	Cantine et casse-croûte	Nil
0600	Location de téléviseurs	Nil
0650	Location d'immeubles	Nil
0700	Magasin général	Nil
0750	Salon de coiffure	Nil

CENTRES D'ACCUEIL DE RÉADAPTATION

1.1	Activités principales	Unités de mesure
6040	Soins de santé	Jour - présence/la présence quotidienne
6210	Réadaptation - Personnes mésadaptées socio-affectives (0-6 ans)	Jour - présence/la présence quotidienne
6220	Réadaptation - Mères en difficultés d'adaptation	Jour - présence/la présence quotidienne
6370	Enseignement scolaire	Jour - présence élève
6620	Réadaptation - Personnes mésadaptées socio-affectives (12-18 ans)	Jour - présence
6630	Réadaptation - Personnes mésadaptées socio-affectives (6-18 ans)	Jour - présence
6640	Familles d'accueil de réadaptation	Le bénéficiaire suivi-l'intervention
6650	Réadaptation - Handicapés mentaux	Jour - présence/la présence quotidienne
6651	Adultes (18 ans et plus)	Jour - présence/la présence quotidienne
6652	Enfants (moins de 18 ans)	Jour - présence/la présence quotidienne
6670 admis	Réadaptation - Personnes toxicomanes (bénéficiaires admis)	Jour - présence/le bénéficiaire
6680	Réadaptation - Personnes toxicomanes (bénéficiaires inscrits)	L'entrevue/le bénéficiaire inscrit
6690	Réadaptation - Handicapés physiques: visuels, auditifs et moteurs	Jour - présence/la présence quotidienne
6691	Adultes (18 ans et plus)	Jour - présence/la présence quotidienne

6692	Enfants (moins de 18 ans)	Jour - présence/la présence quotidienne
6740	Service d'apprentissage aux habitudes de travail	Jour - présence/la présence quotidienne
6860	Audiologie et orthophonie	La visite bénéficiaire
6870	Physiothérapie pondérée	La visite bénéficiaire/l'unité
6880	Ergothérapie pondérée	La visite bénéficiaire/l'unité
6900	Réinsertion et intégration sociales	Le bénéficiaire suivi
6920	Services de psychologie et d'orientation	L'entrevue
6940	Foyers de groupe	Jour - présence/foyer
6950	Ressources résidentielles de groupe (1 à 4 bénéficiaires)	Jour - présence en ressource résidentielle
6960	Ressources résidentielles de groupe (5 à 9 bénéficiaires)	Jour - présence en ressource résidentielle
6970	Centre de jour	La présence en centre de jour
7300	Administration	Nil
7400	Transport des bénéficiaires malades	Le bénéficiaire malade transporté
7401	Transport pour diagnostic ou traitement	Le bénéficiaire transporté
7402	Transport pour transfert de bénéficiaires malades entre les établissements	Le bénéficiaire malade transporté
7403	Transport par ambulance des bénéficiaires âgées	Le bénéficiaire malade transporté
7500	Archives bénéficiaire	L'admission, la visite et le
7550	Alimentation	Le jour-repas

7600	Buanderie et lingerie bénéficiaire	Jour - présence/la visite du inscrit
7640	Entretien ménager	Le mètre carré/le jour présence
7690	Transport	Le bénéficiaire
7700	Fonctionnement des installations	Le mètre cube des immeubles/le mètre cube des locaux loués
7710	Service de sécurité	Le mètre carré/le jour présence
7800	Entretien et réparation des installations	Le mètre cube/le jour présence
7920	Dépenses personnelles	Nil
7990	Activités spéciales	Nil

1.2 Activités accessoires

1.2.1 Activités complémentaires

0100	Recherche	Nil
0150	Projets pilotes	Nil
0200	Santé au travail	Nil
0350	Prothèses et appareils orthopédiques	Nil

1.2.2 Activités commerciales

0500	Parc de stationnement	Nil
0550	Cantine et casse-croûte	Nil
0600	Location de téléviseurs	Nil
0650	Location d'immeubles	Nil
0700	Magasin général	Nil
0750	Salon de coiffure	Nil

CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

1.1	Activités principales	Unités de mesure
6060	Soins infirmiers et d'infirmerie	Jour - présence/la visite du bénéficiare inscrit
6160	Soins d'assistance	Jour - présence/la visite du bénéficiaire inscrit
6800	Pharmacie	Jour - présence/la visite du bénéficiaire inscrit
6870	Physiothérapie	La visite du bénéficiaire/l'unité pondérée
6880	Ergothérapie	Le bénéficiaire traité/l'unité pondérée
6910	Thérapie par l'occupation	Jour - présence/la visite du bénéficiaire inscrit
6950	Soutien à domicile	Le bénéficiaire suivi/la visite à domicile
6970	Centre de jour	La présence en centre de jour
6990	Pavillonnement	Jour - présence en pavillon
7300	Administration générale	Nil
7400	Transport des bénéficiaires malades	Le bénéficiaire malade transporté
7401	Transport pour diagnostic ou traitement	Le bénéficiaire transporté
7402	Transport pour transfert de bénéficiaire malade entre les établissements	Le bénéficiaire malade transporté
7403	Transport par ambulance des personnes âgées	Le bénéficiaire malade transporté
7500	Archives	L'admission, la visite et le bénéficiaire
7550	Alimentation	Le jour-repas

7600	Buanderie et lingerie	Jour - présence/la visite du bénéficiaire inscrit
7640	Entretien ménager	Le mètre carré/le jour-présence
7690	Transport	Le bénéficiaire
7700	Fonctionnement des installations	Le mètre cube des immeubles/le mètre cube des locaux loués
7710	Services de sécurité	Le mètre carré/le jour-présence
7800	Entretien et réparation des installations	Le mètre cube/le jour-présence
7910	Besoins spéciaux	Nil
7990	Activités spéciales	Nil

1.2 Activités accessoires

1.2.1 Activités complémentaires

0100	Recherche	Nil
0150	Projets pilotes	Nil
0200	Santé au travail	Nil
0350	Prothèses et appareils orthopédiques	Nil

1.2.2 Activités commerciales

0500	Parc de stationnement	Nil
0550	Cantine et casse-croûte	Nil
0600	Location de téléviseurs	Nil
0650	Location d'immeubles	Nil
0750	Salon de coiffure	Nil

1.1 Activités principales

6400	Protection de la jeunesse	Nil

6401	Accueil - Evaluation - Orientation - D.P.J.	L'enfant signalé (LPJ) et référé (LJC)
6403	Adoption	L'enfant place en vue d'adoption
6404	Tutelle sociale	L'enfant en tutelle
6405	Services d'expertise psycho-sociale	L'expertise psychosociale
6406	Placements d'enfants et - services sociaux à la famille	L'enfant placé et l'enfant suivi en milieu naturel
6407	Coordination des admissions en C.A.R. (enfants)	La demande d'admission en C.A.R.
6410	Protection des adultes et des personnes âgées	Nil
6411	Services aux adultes	L'adulte placé
6412	Services aux personnes âgées	La personne âgée placée
6413	Coordination des admissions (adultes et personnes âgées)	La demande d'admission
6414	Services de consultation conjugale	Le couple aidé
6415	Services de médiation à la famille	Le couple aidé
6420	Services sociaux complémentaires	Nil
6421	Services sociaux aux autochtones	Le bénéficiaire autochtone
6422	Services sociaux aux immigrants et aux itinérants	L'immigrant et l'itinérant aidés
6423	Services d'urgences sociales	La demande d'aide
6424	Services familles d'accueil (enfants)	La ressource non-institutionnelle évaluée
6425	Services familles d'accueil (adultes et personnes âgées)	La ressource non-institutionnelle évaluée
6426	Services de développement communautaire	Le projet

6427	Services d'identification et référence	La demande
6440	Services sociaux en milieu scolaire	L'enfant de milieu scolaire
6450	Services sociaux hospitaliers	Le bénéficiaire
6530	Aide à domicile	La visite à domicile
7300	Administration générale	Nil
7301	Direction générale (D.G.)	Nil
7302	Administration financière (D.R.M.F.)	Nil
7303	Administration du personnel (D.R.H.)	Nil
7304	Administration des services professionnels (D.S.P.)	Nil
7305	Gestion des programmes (D.G.P.)	Nil
7309	Autres dépenses d'administration	Nil
7350	Autres services administratifs	Nil
7351	Système de gestion et informatique	Nil
7352	Communication et information	Nil
7353	Contentieux	Nil
7354	Formation et perfectionnement	Nil
7355	Paiement des ressources	La personne placée
7356	Contribution parentale	L'enfant sujet au paiement d'une contribution parentale
7640	Entretien ménager	Le mètre carré
7700	Fonctionnement des installations	Le mètre cube
7800	Entretien et réparation des installations	Le mètre cube

1.2 Activités accessoires

1.2.1 Activités complémentaires

0100	Recherche	Nil
0150	Projets pilotes	Nil

1.2.2 Activités commerciales

0500	Parc de stationnement	Nil
0550	Cantine et casse-croûte	Nil
0600	Location de téléviseurs	Nil
0650	Location d'immeubles	Nil
0750	Salon de coiffure	Nil

ANNEXE 7

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Répertoire

INDEX ALPHABÉTIQUE DES TITRES OU OBJETS

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- A -					
Accessibilité aux services	1982-056	01	01	20	10
Accès des handicapés dans les édifices du réseau	01-00-09	02	02	37	01
Achats de livres dans les librairies agréées	1981-138	03	01	41	07
Admissions dans les C.A.R.	1981-065	01	02	50	02
Admission: formulaires AH-229, AH-229A, AH-101P	--------	01	02	50	06
Admission dans les pavillons	117-1977	01	02	50	01
Agrément des hôpitaux: Conseil canadien	1986-010	01	02	40	01
Aide financière à l'adoption: règlement	1981-003	03	01	41	04
Ajustement budgétaire de certaines composantes (N)	1984-090	03	01	72	01
Allocations pour dépenses personnelles	01-00-17	03	01	41	03
Allocation aux bénéficiaires: habitudes du travail	1982-083	03	01	41	09
Année internationale de la paix (N.)	--------	01	01	10	04
Assurance-hospitalisation: services assurés	--------	01	02	20	05
Assurance-maladie: entente avec les omnipraticiens	1984-067	02	01	35	02
Assurance-maladie: entente avec les spécialistes	1984-010	02	01	35	01
Assurance-salaire payables lors d'accidents d'auto	43-50-03	02	01	24	03
Avion-ambulance	1981-113	01	01	40	07
- B -					
Banque de congés-maladie du personnel cadre	43-50-02	02	01	24	02
Banque de congés-maladie du personnel cadre	43-50-02A	02	01	24	04
Besoins spéciaux des adultes hébergés.....	NP-6-77	03	01	41	01
Biochimistes cliniques: engagement	1985-047	03	01	72	03
Biologie médicale: laboratoires privés; échanges..	1983-081	02	02	53	03
Botulisme du nourrisson	1986-002	01	01	31	02
Bureau de vote: usage gratuit de locaux	1981-021	02	02	37	02
- C -					
Cas signalés (signalements) par les policiers	1981-049	01	01	20	08
Cession ou transport d'un permis	1982-084	01	02	40	03
Collaboration C.R.S.S.S.-C.H.(D.S.C.)	1982-092	01	02	30	03
Comité de bénéficiaires	1983-008	01	02	30	05
Conditions de travail: syndicables non syndiqués	41-00-07	02	01	42	01
Conditions de travail: syndicables non syndiqués	1983-068	02	01	42	02
Conditions de travail: F.M.R.I.Q.	1985-057	02	01	32	02
Conditions de travail des cadres: règlement	1985-033	02	01	22	08
Conditions de travail des d.g. et des cadres	1983-056	02	01	22	06
Conditions de travail des pharmaciens: C.H.	1985-043	02	01	32	01

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- C - (suite)					
Consultation externe: facturation à des non.....	————	03	01	42	18
Consultation externe: tarification générale	1986-021	03	01	42	19
Contrat d'affiliation avec les universités	1982-105	01	02	30	04
Contribution...des adultes hébergés: CHSLD et CA	1985-095	03	01	42	14
Contribution...des adultes hébergés: pavillons	————	03	01	42	22
Contribution...des veufs et veuves(60-64): famille	1985-085	03	01	42	25
Contribution exigée pour le placement d'enfants	1986-001	03	01	42	15
- D -					
Décès: avis au coroner	1986-008	01	02	50	05
Décès: cadavres non réclamés ou donnés pour étude	————	01	02	50	07
Décès au Québec d'un ressortissant étranger	————	01	02	50	03
Délégation des actes médicaux et infirmiers	1983-051	02	01	47	02
Dépenses directes et indirectes des DSC.....	22-10-01	03	01	41	02
Désignation des présidents d'élection	01-00-01	01	02	30	02
Directeurs généraux: guide de sélection	1984-065	02	01	12	02
Dispositions particulières en cas de conflit	40-20-02	02	01	22	01
Disposition des surplus d'équipement.....	1981-089	02	02	46	01
Droits parentaux des d.g. et des cadres	1983-080	02	01	24	07
D.S.P. et chefs de D.S.C.: nomin. et rémunération	1984-085	02	01	34	02
- E -					
Échelles et taux de salaire: syndiqué-syndicable	1985-011	02	01	44	01
Égalité des chances dans l'emploi	40-00-02	02	01	11	01
Enfants...en famille d'accueil: CEGEP avant 18 ans	1981-075	03	03	42	01
Enfants atteints de maladies métaboliques	60-10-01	01	01	40	03
Enfants d'une autre province: en famille d'accueil	1981-078	03	03	42	02
Ententes de scolarisation M.E.Q. - MAS	1981-105	01	01	20	09
Entente entre le Québec et la France	1982-090	01	01	10	01
Entente entre M.A.S. et chirurgiens dentistes	42-50-03	02	01	31	01
Évaluation du rendement pour les cadres: C.A.	43-10-01A	02	01	22	03
Évaluation du rendement pour les cadres	43-10-01	02	01	22	02
Evaluation et orientation des bénéficiaires	1984-069	01	02	50	04
Examens de certains services de santé du travail	1982-107	01	01	30	05
- F -					
Facturation..: résidents hors de leur province....	1983-091	03	01	42	11
Facturation des non-résidents...hospitalisés	1982-035	03	01	42	07
Facturation des services de laboratoire: abolition	1985-005	03	01	42	16
Facturation inter-établissements: mode et tarif...	23-00-09	03	01	42	04
Facturation inter-établissements: mode et tarif...	42-1977	03	01	42	03

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- F - (suite)					
Familles d'accueil de dépannage: prime de.....	1981-137	03	01	41	06
Fermeture de lits autorisés au permis	70-00-04	01	02	40	02
Financement des immeubles et de l'équipement: C.H.	NP-4-1976	03	02	30	02
Financement des projets inférieurs à 1 M $.....	85-1976	03	02	30	01
Financement temporaire par voie d'emprunts	1985-058	03	01	52	02
Fonds de protection de l'enfance	100-1975	03	03	41	02
Fonds spécial à l'enfance	82-1975	03	03	41	01
Fonds spécial pour adultes en famille d'accueil...	1981-011	03	03	43	01
Forfaitaire: hors taux, hors échelles, classe I	1985-090	02	01	23	05
Formation reliée à l'emploi: politique cadre	1981-117	02	01	25	01
Fournitures: prévisions...; taux de croissance	1986-012	03	01	43	01
Frais de voyage: personnel du réseau	1985-079	02	01	22	07
- G -					
Garderie dans les établissements	98-1977	02	02	36	01
Gaz médicaux ininflammables: réseaux de.....	1983-074	02	02	54	03
Gestion: rapports de suivi et de contrôle	1985-065	03	01	61	03
Gestion financière des établissements et conseils	1984-054	03	01	10	01
Grève: plan de conjoncture (N.)	————	02	01	15	01
Guide administratif (N.)	1985-063	01	02	20	04
Guide de location d'espace	1981-095	02	02	36	02
- H -					
Honoraires des avocats et notaires	22-00-02	02	01	34	01
Hygiéniste dentaire: actes autorisés	1984-064	02	01	47	03
- I -					
Immunisation des jeunes	1982-093	01	01	30	03
Imprimés du dossier du bénéficiaire(AH): 1986-87	1985-078	01	02	10	03
Infirmiers(es) auxiliaires diplômés(es)	116-1972	02	01	47	01
Inhalothérapie: valeurs unitaires; liste; c/a 6350	1983-026	03	01	71	04
Inhalothérapie: valeurs unitaires; précisions.....	1985-074	03	01	71	05
Intérêts aux fournisseurs: paiement.....	1984-060	03	01	52	01
Intoxication mortelle chez les enfants	1982-080	01	01	40	09
Investissements par le budget de fonctionnement	1985-007	03	02	30	04
- L -					
Laboratoire: valeurs unitaires	1986-015	03	01	42	20
Location: clauses escalatoires ou échelle mobile	1982-065	02	02	36	03
Location de biens et de services: pavillon.....	1983-047	03	01	41	11
Loi 103 art.12 - Cadre général	70-00-03	01	02	30	01
Loi sur la protection du malade: en cure fermée	32-20-01	01	01	40	02
Loi sur la santé et la sécurité du travail	00-00-03	01	01	30	02

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- M -					
Maintien à domicile: budget 1986-87; organismes..	1986-026	03	01	30	01
Maladies à déclaration obligatoire	1983-069	01	01	30	06
Maladies à déclaration obligatoire	1983-072	01	01	30	08
Manuel de gestion financière:.....1985-86(C.H.)	1985-026	03	01	71	01
Manuel de gestion financière:.....1985-86(EPC)	1985-035	03	01	71	03
Manuel de gestion financière:.....1985-86(S.S.)	1985-029	03	01	71	02
Matières radioactives en médecine	1985-014	01	02	40	05
Médecine nucléaire: valeurs unitaires techniques	1981-046	03	01	42	05
Médicaments aux malades atteints de cancer	1981-154	01	01	40	08
Médicaments aux malades sur pied: ajout	1985-010	01	01	40	14
Médicaments contre les maladies vénériennes	1981-104	01	01	40	06
Médicaments contre les maladies vénériennes	1981-103	01	01	40	05
Médicaments dans le cadre des services à domicile	149-1977	01	01	20	02
Médicaments utilisés dans les établissements	1982-114	01	01	40	11
Mise à pied des salariés:..sécurité d'emploi	1983-095	02	01	43	01
Missions et stages du M.S.S.S. et de son réseau	1985-064	02	01	25	02
- N -					
Nom du Ministère	1985-062	01	02	20	03
Norme relative du blanchissage institutionnel	53-10-03	02	02	53	02
Notion de cadre et de "cadre fonctionnel"	1983-078	02	01	12	01
Nouveaux tarifs de chambres et affichage	1983-070	01	02	40	04
- O -					
Organisation et administration des établissements	1984-051	01	02	20	02
- P -					
Paiement des médecins: informations	59-1977	02	01	37	02
Paiement des médecins: transfert	47-1977	02	01	37	01
Parcs de stationnement	1983-052	02	02	37	03
Partage des responsabilités CSS-CLSC	1984-050	01	02	30	06
Périodes financières et des versements périodiques	1985-080	03	01	51	02
Périodes financières et des versements périodiques	1985-075	03	01	51	01
Personnel disponible (N.)	1985-001	02	01	43	03
Personnel salarié: informations; formulaire de...	1985-049	03	01	61	13
Personnel salarié: informations	1985-042	03	01	61	10
Personnes handicapées: plan d'embauche	1984-026	02	01	11	02
Placements d'enfants bénéficiaires d'aide sociale	81-20-02	01	01	20	03
Politique concernant les services de buanderie...	1983-004	02	02	53	01
Politique concernant les services pharmaceutiques	1981-071	01	01	40	04
Politique de subvention aux naissances multiples	74-00-02	01	01	20	06
Politique de traitement de l'hémophile	70-00-05	01	01	40	01
Politique d'achat du gouvernement du Québec	1983-049	02	02	43	03

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- P - (suite)					
Politique d'achat du gouvernement du Québec	1981-118	02	02	43	02
Politique d'achat et taxe de vente provinciale	1981-010	03	01	41	05
Politique d'approvisionnement en commun	01-00-32	02	02	43	01
Porte de chambre fermée à clef dans les C.A.	1983-009	01	02	60	02
Prélèvement des hypophyses pour hormones	1981-001	01	01	20	07
Prime versée à un adulte hébergé:....thérapeutique	1982-002	03	01	41	08
Prix de journée: centres d'accueil privés à taux..	--------	03	01	42	23
Prix Persillier-Lachapelle 1986	--------	01	01	10	03
Produits biologiques distribués par les C.H.(DSC)	1983-040	02	02	54	02
Produits ignifuges: utilisation.....	1981-128	02	02	54	01
Projets d'immeubles de 250,000 $ et moins	NP-8-1977	03	02	30	03
Protection de la jeunesse: jeunes contrevenants	1984-034	01	01	40	13
Protection de la jeunesse: modifications à la loi	1984-045	01	02	20	01
Puéricultrices	1984-008	02	01	41	01
- Q -					
Questionnaire à remplir par le président du C. A.	1986-024	03	01	61	14
- R -					
Radiologie diagnostique: conception rationnelle	1985-068	01	01	41	01
Radiologie diagnostique: valeurs unitaires	1985-032	03	01	42	21
Rapport financier annuel: .....1985-86(C.A.P.C.)	1986-029	03	01	61	09
Rapport financier annuel: .....1985-86(C.H.P.C)	1986-025	03	01	61	07
Rapport financier annuel: .....1985-86(Santé)	1986-022	03	01	61	06
Rapport financier annuel: .....1985-86(S. S.)	1986-023	03	01	61	08
Rapport financier annuel: .....1985-86 (CRSSS)	--------	03	01	61	15
Rapport statistique annuel:.....1985-86(CH-CLSC)	1986-014	03	01	61	05
Rapport statistique annuel: C.A.H.;.....1985-86	--------	03	01	61	12
Rapport statistique annuel: C.A.R.;.....1985-86	--------	03	01	61	11
Rectificatifs post-budgétaires	1985-009	03	01	72	02
Régimes collectifs d'assurance: COPS, FIIU, FSPIIQ	1983-094	02	01	45	02
Régimes collectifs d'assurance: COPS, FIIU, FSPIIQ	1983-077	02	01	43	02
Régimes collectifs d'assurance: COPS; obligation	1984-083	02	01	45	04
Régimes collectifs d'assurance: COPS; régime;...	1985-076	02	01	45	05
Régimes collectifs d'assurance: C.S.N.; 65 ans +	1983-105	02	01	45	03
Régimes collectifs d'assurance: C.S.N.; régimes;..	1985-084	02	01	45	07
Régimes collectifs d'assurance: FQII-FIIU; primes	1985-089	02	01	45	08
Régimes collectifs d'assurance: FSPIIQ; primes	1985-051	02	01	45	06
Régimes collectifs d'assurance: FSPIIQ; régimes;..	1985-077	02	01	45	10
Régimes collectifs d'assurance: F.T.Q.; 65 ans +	1983-076	02	01	45	01
Régimes collectifs d'assurance: F.T.Q.; primes	1986-009	02	01	45	09
Régimes collectifs d'assurance: salariés A.P.E.S.;	--------	02	01	35	03
Régimes collectifs d'assurance: synd. non synd.;..	--------	02	01	45	11

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Répertoire

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- R - (suite)					
Régimes collectifs d'assurance des cadres: t. p.	1983-055	02	01	24	06
Régimes collectifs d'assurance des cadres	1982-106	02	01	24	05
Régime de protection d'invalidité pour les cadres	199-73	02	01	24	01
Règlement sur les constructions d'immeubles	1984-030	02	02	35	01
Règlement sur les locations d'immeubles	1984-025	02	02	36	04
Remplacement d'un médecin: mécanisme de dépannage	1984-009	02	01	33	01
Rémunération des cadres: 01-07-85 au 30-06-86	1985-087	02	01	23	04
Rémunération des cadres: C.S.S.S.	1982-021	02	01	23	03
Rémunération des cadres: modifications	43-00-06A	02	01	23	02
Rémunération des cadres	43-00-06	02	01	23	01
Rémunération des pharmaciens: C.A. et C.L.S.C.	1985-034	02	01	34	03
Renouvellement & développement d'équipement: déc.	1985-004	03	02	30	05
Renseignements nécessaires aux négociations	1983-011	03	01	61	02
Renseignement à fournir lors d'un sinistre	1982-124	01	02	60	01
Responsabilité administrative des médecins: CH/DSC	145-1977	02	01	37	03
Responsabilité administrative des médecins: CLSC	146-1977	02	01	37	04
Ressources humaines matérielles et financières	1981-022	02	01	14	01
Revenus...de...médicaments aux malades sur pied	1982-054	03	01	42	08
Revenus des suppléments de chambre:...répartition	--------	03	01	42	06
Revenus des suppléments de chambre: modification	1983-015	03	01	42	10
- S -					
Scolarisation des enfants dans les établissements	01-00-02A	01	01	20	05
Sécurité d'emploi: résorption, remboursement	1986-030	02	01	43	04
Services à domicile	01-00-07	01	01	20	04
Services de pharmacie en établissements de S.S.	1983-005	01	01	40	12
Services de santé au travail de première ligne	1982-094	01	01	30	04
Services d'aide et de soins à domicile	140-1977	01	01	20	01
SIDA: Tests de laboratoires relatifs au.....	1985-088	01	01	31	01
SIDA: traitement en établissement	--------	01	01	41	02
Stabilité d'emploi	01-00-25	02	01	22	04
Stages en établissements: entente avec le M.E.E.S.	--------	02	01	13	02
Stage de formation: secondaire et collégial	1983-044	02	01	13	01
Statistiques médico-hospitalières	1982-018	03	01	61	01
Stérilet: variation du prix.....	1982-125	03	01	42	09
Stérilisation au gaz oxide d'éthyléne	54-00-01	01	01	30	01
Surplus & déficits du fonds d'exploitation: inter.	1985-061	03	01	74	02
Surplus & déficits du fonds d'exploitation: polit.	1985-008	03	01	74	01
Système de révision de travail pour les d.g.	1981-030	02	01	22	05
Système international d'unités (SI) en santé:.....	--------	01	01	11	01
Systèmes d'information sur les clientèles	1984-053	03	01	61	04

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Répertoire

Titre ou objet	Ancien code	Vol.	Ch.	Suj.	Doc.
- T -					
Tarifs interprovinciaux des services externes	1986-004	03	01	42	17
Taux quotidien...aux familles d'accueil: enfants	--------	03	01	42	24
Taux quotidien: année budgétaire 1986-87 (Santé)	1985-081	03	01	42	12
Taux quotidien: année budgétaire 1986-87 (S. S.)	1985-082	03	01	42	13
Taux quotidien: familles d'acccueil...pour enfants	--------	03	01	42	24
Taux quotidien: familles d'accueil..pour adultes &	--------	03	01	41	13
Taxes de vente au détail:...déficience physique	1985-073	03	01	41	14
Taxe de vente fédérale: remboursement.....	134-1975	03	01	42	01
Taxe d'assise sur l'essence: remboursement.....	143-1975	03	01	42	02
Transplantation rénale: frais cocomitants	1982-110	03	01	41	10
Transport: enfants en C.A.R.	1986-028	01	01	20	11
Transport des malades	1982-108	01	01	40	10
Transport par ambulance: tarification	1985-027	03	01	41	12
- V -					
Vaccination contre l'hépatie B	1983-006	01	01	30	07
Vaccination contre l'influenza: programme 1986-87	--------	01	01	30	09
Victimes d'agression à caractère sexuel: guide	1984-011	01	01	20	12

ANNEXE 8

SUGGESTIONS ÉMISES PAR LES ACTEURS LORS DES ENTRETIENS

ACTEURS VISES	SOLUTIONS PROPOSÉES	ÉMETTEURS
Conseil du du trésor	1) Faire preuve de transparence	MSSS-Établissements
	2) Apparier les pouvoirs et les responsabilités	Général
	3) Tenir compte de l'impact sur les clientèles à ce niveau	MSSS-Établissements
	4) Contrer l'insensibilité aux besoins	Établissements
	5) Élaborer un cadre rigoureux pour les choix politiques	Conseil du trésor
M.S.S.S.	1) Repenser la raison d'être du ministère pour qu'il cesse d'éteindre les feux - le rendre plus modeste	
	- diminution et modification des règles	Établissements
	- planification et évolution (donner des objectifs)	
	2) Développer des systèmes d'implantation selon ses besoins réels	MSSS
	3) Donner plus de pouvoir aux agents de liaison	Établissements
	4) Lui donner plus d'emprise sur son réseau	Conseil du trésor
	5) Libérer les surplus aux établissements	Établissements
CRSSS	1) Préciser leur vocation:	
	a) ils deviennent des directions régionales du MSSS	Général
	b) ils deviennent de véritables «gouvernements» régionaux	
	c) ils disparaissent	
	2) Donner des ressources au CRSSS pour que son pouvoir soit effectif	CRSSS-Établissements

ACTEURS VISÉS	SOLUTIONS PROPOSÉES	ÉMETTEURS
	3) Que les CRSS soient dans la planification et le moins possible dans l'action	Établissements
	4) Ramener les DSC aux CRSSS.	
Établissements	1) Leur laisser les surplus	Établissements
	2) Faire de la place pour l'entrepreneurship	Établissements
	3) Fournir les coûts aux médecins sur les coûts qu'ils génèrent	Établissements
	4) Pour les immobilisations, autoriser la notion d'amortissement comme dépense admissible	Établissements
	5) Procéder à l'allocation sur une base triennale	Établissements
	6) Rémunération des médecins au salaire	Établissements
	7) Développer des incitatifs à la saine gestion	MSSS-Établissements
Système en général	1) Apparier les pouvoirs-responsabilités et l'imputabilité par niveau du système	Général
	2) Déréglementer	Établissements
	3) Revenir aux besoins comme critères d'allocation	CRSSS-Établissements
	4) Avoir un cadre budgétaire sur trois ans	Établissements
	5) Contrôler la demande	Établissements
	6) Réviser les bases budgétaires	Général
	7) Préciser les missions des établissements	MSSS-CRSSS

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1] Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information principaux programmes d'activités de la Commission services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de [illegible] prehension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de [illegible] et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique de publier [illegible] lection des synthèses critiques et des recherches. Le présent [illegible] s'inscrit dans le cadre de cette collection.